

LA MEDICINA SCOLASTICA TRA PASSATO E FUTURO



GRUPPO DI LAVORO

Luisa Brogonzoli, Responsabile Centro Studi Fondazione The Bridge

Silvia Maggiolini, Stagista Centro Studi Fondazione The Bridge

Eva Massari, Rapporti Istituzionali, Relazioni Esterne e Media Relations

Martina Sacchi, Ricercatore Senior Centro Studi Fondazione The Bridge

Coordinamento e supervisione

Rosaria Iardino, Presidente Fondazione The Bridge

Luisa Brogonzoli, Responsabile Centro Studi Fondazione The Bridge

Milano, ottobre 2021

SOMMARIO

Introduzione	3
Le indagini.....	5
Il punto di vista dei genitori.....	6
Obiettivo.....	6
Il campione	6
Comitato Genitori.....	7
Scuola e salute.....	9
La scuola e le patologie croniche.....	13
L'influenza stagionale.....	14
Il punto di vista degli insegnanti.....	18
Obiettivo.....	18
Il campione	18
Scuola e salute.....	19
Scuola e reti per la salute	21
Medicina scolastica.....	23
L'influenza stagionale.....	25
Il punto di vista dei sindaci	27
Obiettivo.....	27
Il campione	27
Definizione e valori: Urban health e sanità di prossimità	28
La salute e l'amministrazione comunale	32
Il collegamento tra comune, scuola e servizi per la salute.....	36
L'influenza stagionale.....	37
Il perimetro di riferimento: La medicina scolastica.....	39
BREVE storia della medicina scolastica in Italia.....	39
la medicina scolastica: un quadro internazionale	41
Il modello statunitense.....	41
Il quadro europeo.....	42
La medicina scolastica: evidenze.....	44
La relazione tra salute e apprendimento	44
La medicina scolastica e le patologie croniche.....	45
la scuola come setting vaccinale	46
L'esperienza del Regno Unito.....	46
L'esperienza di Regione Lombardia.....	46

INTRODUZIONE

Questa pubblicazione nasce innanzitutto con l'intento di condividere i risultati di tre indagini effettuate da Fondazione The Bridge per intercettare e sondare i *desiderata*, il percepito e la sensibilità rispetto alla relazione tra scuola, salute e città insita nel nuovo concetto di medicina scolastica, di alcuni *stakeholder* fondamentali: i docenti, come membri della comunità scolastica coinvolti direttamente nella formazione dei giovani cittadini; i genitori, in quanto anello di congiunzione tra famiglie, scuole e territorio; i sindaci, come autorità sanitarie locali nonché rappresentanti di uno dei principali *setting* per la promozione della salute¹.

Per contestualizzare al meglio quanto emerso dalle survey, si è poi inteso presentare alcuni esempi di organizzazione, buone pratiche ed efficacia dell'istituto della medicina scolastica, a partire dalla sua evoluzione storica nel contesto italiano, raccogliendo dati, prove empiriche e buone prassi sulla sua implementazione nel quadro internazionale. L'intento è quello di fornire alcuni strumenti tecnici di comprensione per analizzare un istituto ritornato oggi al centro del dibattito sulla promozione della salute degli studenti e, per estensione, dell'intera comunità. Infatti, la scuola rappresenta un possibile snodo all'interno di una più ampia rete di servizi e figure professionali per la presa in carico e la tutela del benessere degli studenti, a garanzia di equità, prossimità e universalismo nell'accesso ai servizi socio-sanitari. In questo contesto, la medicina scolastica, rinnovata e modernizzata secondo i nuovi approcci al concetto di salute², può generare un ponte e un raccordo tra *setting*³, istituzioni, competenze, servizi socio-sanitari, studenti,

famiglie e territorio per tutelare un bene comune e collettivo così prezioso come la salute.

Osservando i dati delle indagini nel loro complesso, si può notare la presenza di un filo rosso che accomuna le posizioni dei diversi intervistati. Si tratta innanzitutto di un contrasto tra *desiderata*, risorse e competenze necessarie a garantire una presa in carico globale dei bisogni di salute dei cittadini coinvolgendo gli enti competenti. 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, l'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 pare essere 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, gli intervistati si trovano 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 che sia in grado di ottimizzare le risorse presenti nella comunità per generare risposte efficaci e prossime alle esigenze di salute.

¹ Tra i *setting* presi in considerazione dal Piano, il Comune viene indicato come super-*setting*, in quanto Ente Locale all'interno del quale convergono tutti gli altri (scuola, ambiente di lavoro, comunità e i servizi sanitari stessi).

² Si parla in questa sede del concetto di *One Health*, così come inteso dall'Organizzazione Mondiale della Sanità e tradotto dall'Istituto Superiore della Sanità (ISS). L'approccio *One Health* rappresenta una visione olistica e globale della salute tale per cui "la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema sono legate indissolubilmente". Un simile

approccio promuove di conseguenza un "modello sanitario basato sull'integrazione di discipline diverse" e su politiche multidimensionali e trasversali a diverse istituzioni.

³ Per *setting* si intende, secondo la definizione data dal Piano Nazionale della Prevenzione, il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità."

Per quanto riguarda gli obiettivi e le sfere di competenza, i sindaci 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 prevenzione⁴. In questo senso, gli interessi della scuola e del Comune possono convergere, generando opportunità di collaborazione in termini di progettazione e realizzazione degli interventi.

A tale proposito, come tema trasversale agli ambiti di intervento scolastici, comunali e dei servizi sanitari del territorio, come Aziende Sanitarie Locali e assistenza primaria, è stato chiesto agli intervistati il loro parere sull'incidenza dell'influenza stagionale e sulla possibilità di implementare campagne di formazione e vaccinazione rivolte agli studenti, in particolare all'età pediatrica. In questo contesto, sebbene i costi sociali derivanti dalla sindrome influenzale siano elevati - sia in termini di assistenza ai

soggetti fragili per il servizio sanitario nazionale, che in termini di produttività, per le giornate di lavoro perse dai genitori e di assenteismo scolastico degli studenti - osservando le risposte degli *stakeholder* interessati, si coglie un sentore di comune indifferenza nei confronti della circolazione del virus influenzale tra i bambini e le famiglie, nonché la sottovalutazione del suo impatto sull'economia, la società e la salute della collettività. Infatti, molto spesso l'influenza viene considerata una malattia banale per i singoli, senza considerare le ricadute possibili per l'intera comunità. Inoltre, si nota una complessiva assenza di consapevolezza circa le modalità di prevenzione dal virus, come la stessa vaccinazione antinfluenzale in età pediatrica.

Queste considerazioni muovono verso un rilancio il ruolo della scuola, in accordo con i servizi sanitari e le amministrazioni competenti, nella formazione e informazione degli studenti e delle famiglie, screditando narrazioni basate su falsi miti e appoggiando, al contrario, posizioni che sposano l'evidenza scientifica e prove di efficacia per la salute dell'intera collettività.

⁴ Per prevenzione si intende un insieme di attività, azioni ed interventi attuati con il fine prioritario di promuovere e conservare lo stato di salute ed evitare l'insorgenza di malattie:

- Progetti di educazione alla salute e campagne di sensibilizzazione/informazione

- Interventi sull'ambiente per eliminare o correggere le possibili cause delle malattie
- Promozione di stili di vita sani
- Programmi di screening
- Profilassi vaccinale
- Azioni e programmi di sensibilizzazione sui fattori di rischio per lo sviluppo di patologie.

LE INDAGINI

Tra maggio e giugno 2021, Fondazione The Bridge ha somministrato tre questionari ai genitori con figli nelle scuole dell'infanzia, nelle primarie e nelle secondarie di primo grado, ai docenti operanti nei medesimi ordini scolastici, e ai sindaci di diversi comuni con l'obiettivo di sondare quanto sia percepita, in termini di bisogni e risorse, la relazione tra scuola, salute e città insita nel nuovo concetto di medicina scolastica

Ogni questionario è stato validato nei suoi contenuti tramite un pre-test.

Target	Strumento	n. domande	Periodo raccolta dati	Diffusione
Genitori ✓ scuola dell'infanzia ✓ scuola primarie ✓ scuola secondaria di primo grado	✓ Metodo CAWI ✓ Questionario a risposte chiuse ✓ Piattaforma on line	26	Giugno – Settembre 2021	Canali di comunicazione informale, come social network, mailing list e passaparola
Docenti ✓ scuola dell'infanzia ✓ scuola primarie ✓ scuola secondaria di primo grado	✓ Metodo CAWI ✓ Questionario a risposte chiuse ✓ Piattaforma on line	21	Maggio – Giugno 2021	Tramite piattaforma online CivicaMente ⁵
Sindaci	✓ Metodo CAWI ✓ Questionario a risposte chiuse ✓ Piattaforma on line	24	Giugno – Agosto 2021	Mailing list

TABELLA 1. MODALITÀ RACCOLTA DATI DELLE SURVEY

⁵ <https://www.civicamente.it/>

IL PUNTO DI VISTA DEI GENITORI

OBIETTIVO

L'indagine aveva l'obiettivo di sondare l'opinione dei genitori circa il ruolo della scuola nella promozione della salute in connessione con gli enti del territorio ed è stata così strutturata:

- Provenienza geografica, dimensione del Comune, appartenenza o meno ad un comitato genitori, numero di figli e ordine di scuole frequentate
- Comitato genitori: rappresentanza, funzioni e connessioni con il territorio
- La percezione del ruolo della scuola nella promozione della salute
- La condizione degli studenti con patologie croniche nel contesto scolastico
- Proposte per una scuola sana e sicura.

IL CAMPIONE

Il target dell'intervista è stato selezionato in quanto i genitori, oltre ad essere membri della comunità scolastica, giocano un ruolo importante nella comunicazione tra scuole e famiglie, configurandosi come importante anello di congiunzione tra richieste del territorio e istituzione scolastica.

L'indagine ha avuto un numero complessivo di 106 compilazioni.

Sebbene l'intervista fosse rivolta a genitori di tutta Italia, comprendendo ordini di scuola differenti, dai dati emerge che la maggior parte dei rispondenti è residente in Regione Lombardia (62,3%), conferendo all'analisi un limite in termini di rappresentatività, che infatti risulta sbilanciata nei confronti dell'Italia settentrionale, in particolare, della Lombardia, del Piemonte (10,4%) e della Liguria (4,7%). Seguono poi il Sud, con la maggior parte delle risposte provenienti dalla Sicilia (4,7%) e il Centro Italia con le Marche (5,7%).

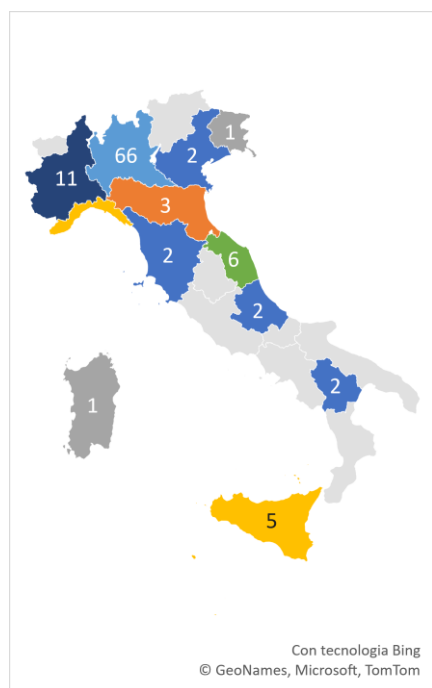


FIGURA 1. CAMPIONE: RAPPRESENTATIVITÀ REGIONALE DEL CAMPIONE

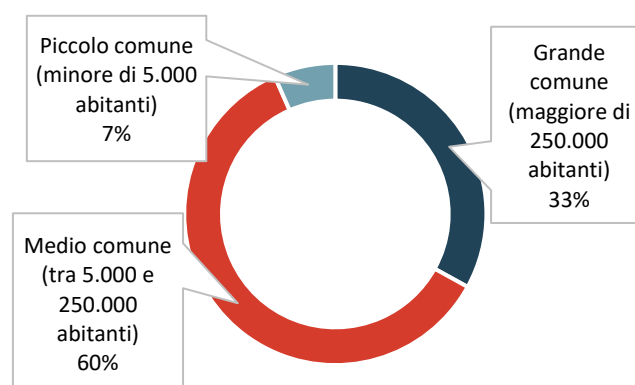


FIGURA 2. CAMPIONE: DIMENSIONE DEI COMUNI DI APPARTENENZA

Per quanto riguarda le caratteristiche, si tratta di un campione per la maggior parte appartenente a comuni di medie dimensioni⁶.

La maggior parte ha dichiarato di avere 1 o 2 figli (78%) con una media di 1,92, leggermente superiore a quella nazionale che è di 1,27⁷.

Infine, il campione si mostra piuttosto eterogeneo in quanto a ordine di scuole frequentate. Infatti, fatta eccezione per gli studenti frequentati la scuola primaria (32%) e l'università (2%), tutte le altre voci si aggirano nello stesso range, appiattendosi tra il 10% e il 20% delle risposte.

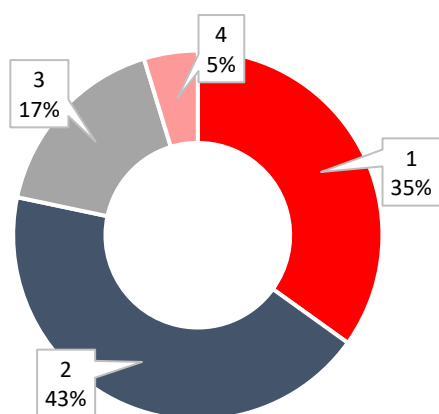


FIGURA 3. CAMPIONE: QUANT* FIGL* HAI?

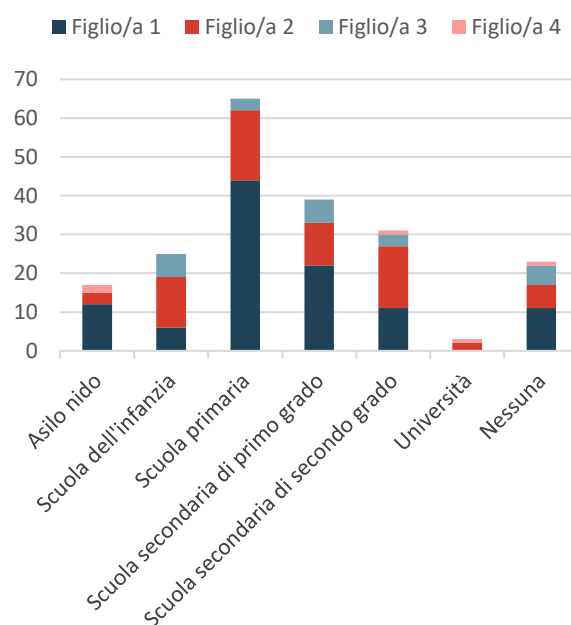


FIGURA 4. CAMPIONE: QUALE SCUOLA FREQUENTANO

COMITATO GENITORI

Agli intervistati è stato poi chiesto se fossero membri attivi di un comitato genitori all'interno degli istituti scolastici di riferimento, dedicando a quanti avessero risposto affermativamente una sezione specifica del questionario. Infatti, sondare il parere e il percepito dei comitati, quali organismi di rappresentanza dei genitori e anello di congiunzione tra famiglie e scuola, risulta cruciale nel valutare l'ipotesi di una nuova medicina scolastica, intesa come istituto di raccordo tra scuola, famiglie e territorio per la promozione della salute e del benessere degli studenti. Al fine di valutare la possibile collaborazione dei genitori all'interno di una rete territoriale per la medicina scolastica, il questionario ha voluto indagare le funzioni dei comitati, soprattutto per quanto riguarda il ruolo di collegamento e dialogo con i soggetti della comunità, come servizi

⁶ Si fa riferimento in questo caso alla definizione data da Istat per la classificazione dei comuni in base alla loro dimensione. Nello specifico: piccolo comune (minore di 5.000 abitanti); medio comune (tra 5.000 e 250.000 abitanti) e grande comune (maggiore di 250.000 abitanti).

⁷ ISTAT, indicatori demografici, aggiornati al primo gennaio 2021 <https://www.istat.it/it/archivio/257243>

sanitari territoriali, amministrazione comunale, scuola e famiglie. Con specifico riferimento alla salute, l'indagine prosegue con due domande riguardanti l'eventuale coinvolgimento pregresso o attuale dei comitati in attività di promozione della salute a scuola e infine la presenza o meno di una rete territoriale in cui i comitati siano inseriti a livello comunale.

Solo il 14% del totale dichiara di essere iscritto a un comitato genitori e tra questi tendono a concentrarsi in modo decrescente tra scuola primaria (38,3%), secondaria di primo grado (29,4%) e dell'infanzia (23,5%). Rispetto alle funzioni proprie dei comitati, è possibile categorizzare le risposte in tre aree inerenti rispettivamente a:

- la scuola: comunicazione tra genitori, famiglie, scuola e suoi organi;
- gli eventi: organizzazione di attività, come raccolta fondi o incontri di formazione e informazione;
- la comunità: il collegamento con gli altri soggetti della vita cittadina, come amministrazione comunale, servizi sanitari territoriali e altre scuole.

Emerge inoltre che funzione prevalente dei comitati sia quella inerente alla scuola, in particolare il dialogo con la scuola e i suoi organi, seguita dal collegamento tra scuola e famiglie e il dialogo con i genitori. Per quanto riguarda la seconda area, risulta rilevante l'organizzazione di eventi quali raccolta fondi, mentre si nota un numero significativamente più basso di risposte, per quanto attiene alla formazione e informazione. Infine, i comitati genitori sembrano essere positivamente in dialogo con alcuni dei soggetti della comunità cittadina, in particolare con l'amministrazione comunale, mentre risulta scarsa la comunicazione con i servizi sanitari territoriali, con una sola risposta su quindici, proveniente dalla Sicilia.

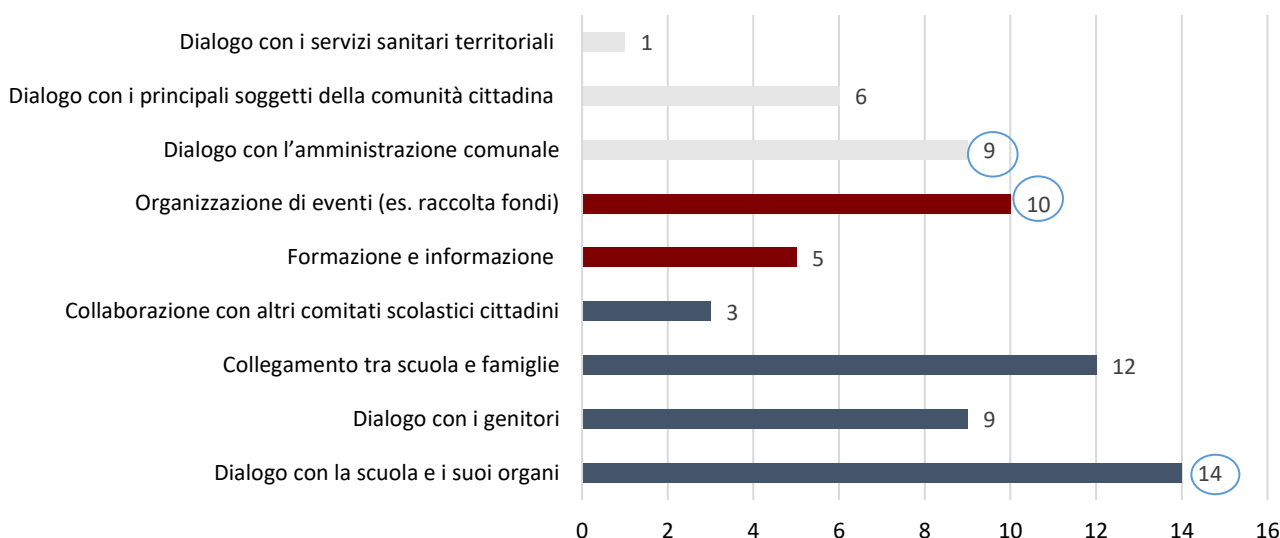


FIGURA 5. QUALI FUNZIONI SVOLGE IL COMITATO GENITORI

In sintesi, i comitati genitori svolgono principalmente una funzione di dialogo con la scuola e i suoi organi, partecipano all'organizzazione di eventi e sono in comunicazione con l'amministrazione comunale.

Sebbene vi sia un certo grado di collegamento con gli attori della realtà cittadina, il campione si divide in modo netto quando viene chiesto dell'esistenza di una rete territoriale in cui il comitato sia inserito. Il 46,7% degli intervistati afferma di fare parte di una rete a livello comunale, seppur con differenze circa la sua formalità (20%) o informalità (26,7%), mentre il restante 46,7% dei genitori afferma di non far parte di alcuna rete. Al contrario, la tendenza pare univoca in materia di benessere degli studenti, con il 60% degli intervistati

che afferma di aver sostenuto progetti di promozione della salute a scuola, soprattutto grazie alla collaborazione con associazioni (33,3%) e operatori sanitari insieme ad associazioni (13,3%).

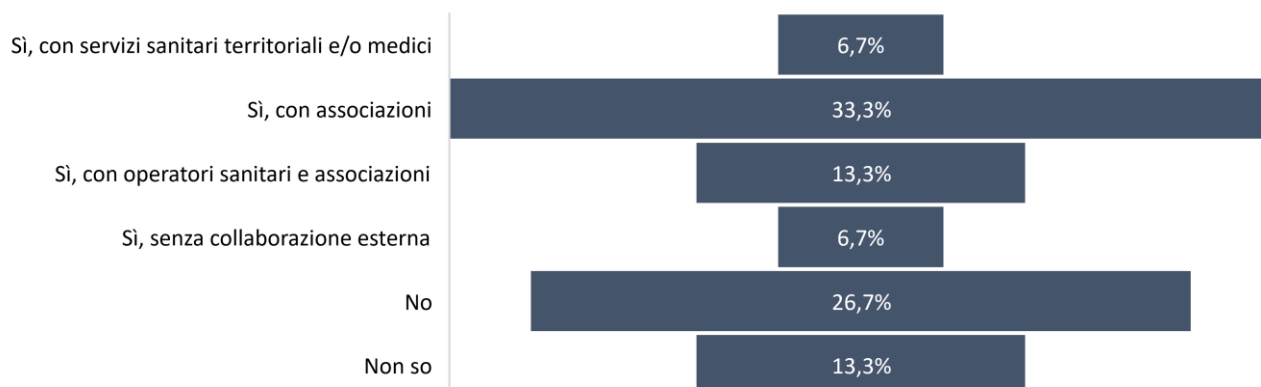


FIGURA 6. ESISTENZA DI PROGETTI DI PROMOZIONE DEL BENESSERE E DELLA SALUTE DEGLI STUDENTI A SCUOLA SOSTENUTI IN PASSATO DAL COMITATO GENITORI

Questi dati da una parte dimostrano la sensibilità e il livello di partecipazione dei comitati al tema della promozione della salute a scuola, dall'altra segnalano la presenza di strutture di collaborazione tra scuola e professionisti della salute, che potrebbero essere potenziate e formalizzate a livello territoriale, anche grazie al contributo dei genitori e dei loro organismi di rappresentanza. In linea con la quasi totale assenza di dialogo con i servizi sanitari territoriali precedentemente accennata, si nota un debole coinvolgimento di quest'ultimi nelle attività per la salute a scuola sostenute dai comitati.

SCUOLA E SALUTE

Il Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025 ribadisce l'approccio per setting (scuola, ambiente di lavoro, comunità, servizi sanitari, città) come strumento facilitante per le azioni di promozione della salute, di prevenzione e di mantenimento del benessere in ogni fase dell'esistenza. In questo contesto, 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.

Le risposte date dai genitori evidenziano un accordo generale rispetto a questa funzione, pur nella consapevolezza circa l'esistenza di una norma ad hoc. Si può infatti affermare che, in termini teorici, alla scuola sia

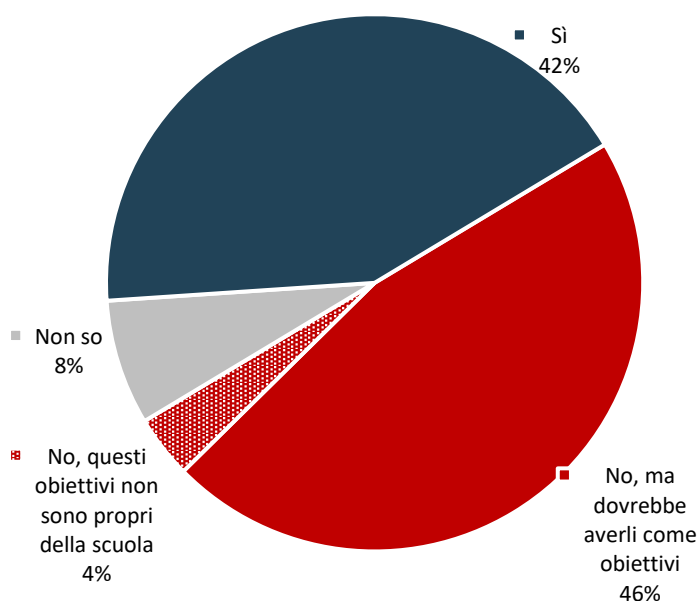


FIGURA 7. LA SCUOLA HA TRA I SUOI OBIETTIVI LA PROMOZIONE DELLA SALUTE E LA REALIZZAZIONE DI INTERVENTI DI PREVENZIONE

riconosciuto un ruolo cruciale nella promozione della salute degli studenti, tuttavia, a fronte di alcuni dati emersi dall'indagine, risulta spontaneo domandarsi se la prospettiva adottata dal documento sia aderente alla realtà dei fatti e alla percezione comune di chi vive quotidianamente la scuola. Infatti, il 46% dei genitori intervistati ritiene che al momento la promozione della salute e la realizzazione di interventi di prevenzione non siano obiettivi propri della scuola, anche se dovrebbero esserlo. 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 diventino vere priorità.

In seguito, è stato chiesto ai genitori di specificare quali servizi sanitari offrissero la scuola o le scuole di riferimento per i propri figli e dai dati risulta che si tratti prevalentemente di sportelli di consulenza sulla salute, come sportelli di ascolto (52%) e locali adibiti ad ambulatorio o infermeria all'interno dell'edificio scolastico (34%). Seppur in un ordine di grandezza differente, seguono gli operatori sociali (13%), gli infermieri scolastici (9%) e gli operatori sanitari (3%). Si nota invece una quasi totale assenza di collegamento con i servizi sanitari territoriali, come pediatra di libera scelta e Aziende Sanitarie Territoriali (2%) e con gli operatori sanitari (3%), mettendo in luce la mancanza di un sistema articolato e completo che sia in grado di promuovere la salute a tutto tondo. Il quadro delineato risulta quindi eterogeneo e dispersivo, infatti, 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, si corre il rischio di generare una risposta sporadica e non organica ai multiformi bisogni di salute degli studenti.

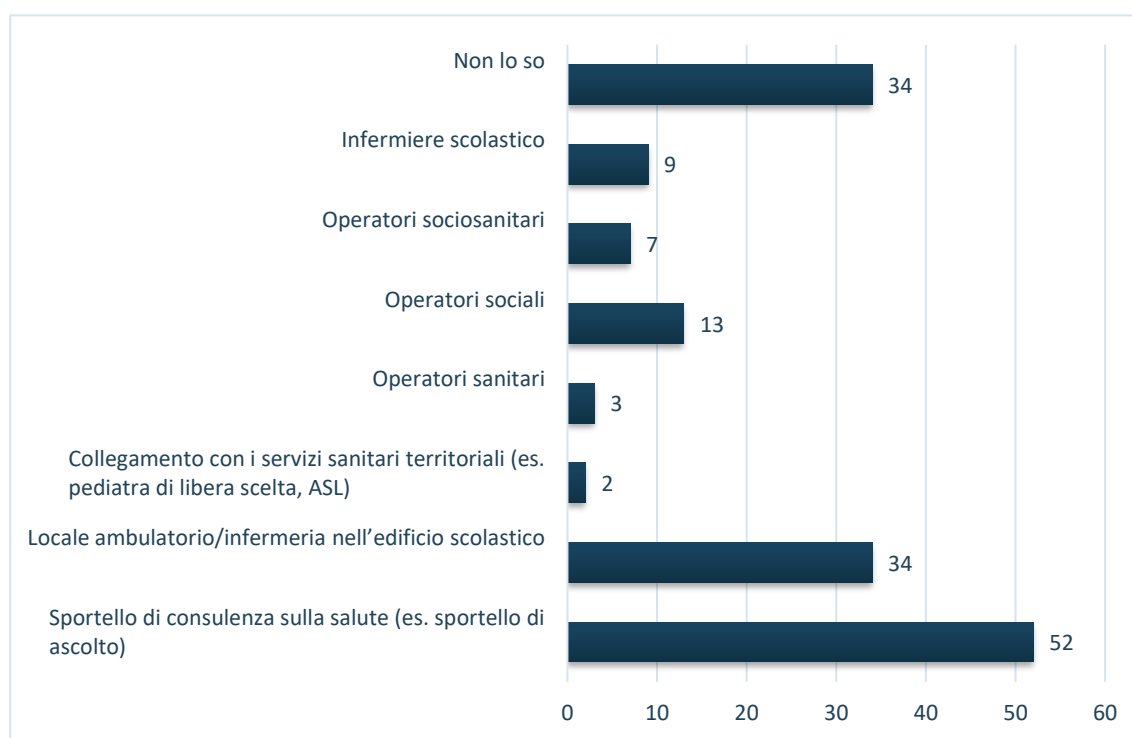


FIGURA 8. SERVIZI SANITARI SONO PRESENTI E/O COLLEGATI ALLA SUA SCUOLA DI UNO DEI/DELLE FIGLI/E

Regione	Sportello di consulenza sulla salute	Locale ambulatorio/ infermeria c/o edificio scolastico	Operatori sanitari/sociali/ sociosanitari	Infermiere scolastico	Non lo so
Abruzzo					100%
Basilicata	100%	100%			
Emilia-Romagna	33%	67%			
Friuli-Venezia Giulia	100%	100%	100%	100%	
Liguria	60%	20%	40%	8%	
Lombardia	44%	27%	24%		41%
Marche	67%	50%			17%
Piemonte	60%	40%			
Sardegna		100%	100%	100%	
Sicilia	100%	60%			
Toscana	50%		50%	25%	50%
Veneto	50%	50%			50%

TABELLA 2. SERVIZI SANITARI PRESENTI NELLE SCUOLE. FOCUS PER REGIONE

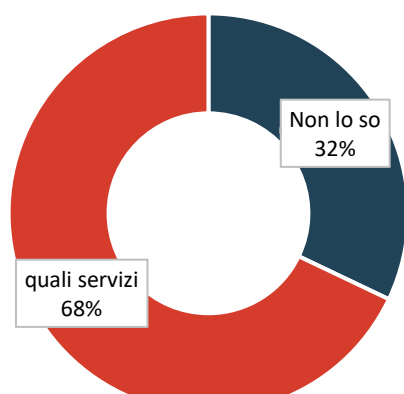


FIGURA 9. CONOSCENZA DEI SERVIZI SANITARI PRESENTI NELLE SCUOLE FREQUENTATE

Inoltre, il 32% dei genitori afferma di non sapere quali servizi sanitari siano disponibili nel proprio contesto scolastico, offrendo all'analisi un dato che, oltre a dimostrare un'assenza di consapevolezza rispetto al tema, conferma la mancanza di obiettivi inerenti alla salute nell'agenda scolastica. Questo dato colpisce ancora di più se confrontato con quello relativo al parere dei genitori sull'utilità dei servizi sanitari scolastici, ritenuti molto utili dall'86,8% dei genitori e abbastanza utili dal 13,2% del campione, con nessun intervistato che li

considera poco o del tutto inutili. Allo stesso modo, le attività di educazione sanitaria⁸ rivolte agli studenti sono considerate molto utili dall'81,1% del campione e abbastanza utili dal 17%.

⁸ L'educazione sanitaria è l'insieme di strategie che consentono di costruire una cultura sanitaria autonoma e consapevole e di assumersi responsabilità propositive riguardo la propria salute. L'educazione sanitaria consiste nella promozione di stili di vita salutari, nell'acquisizione di quelle conoscenze, atteggiamenti, abitudini, valori, che contribuiscono a proteggere da un danno alla salute.

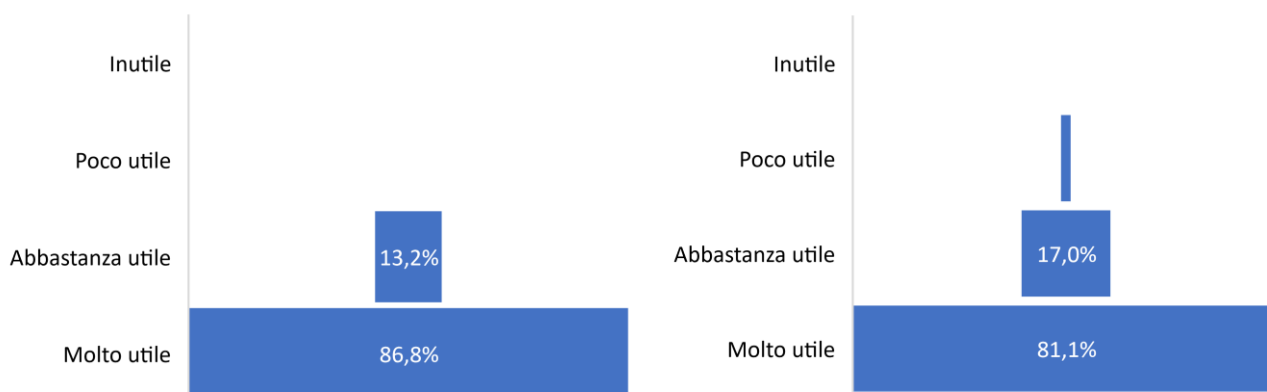


FIGURA 10. UTILITÀ DELLE ATTIVITÀ DI EDUCAZIONE SANITARIA RIVOLTA AGLI STUDENTI E DELLA PRESENZA DI SERVIZI SANITARI A SCUOLA O COLLEGATI ALLA STESSA

Da una parte la mancanza nell’agenda scolastica di obiettivi riguardanti la salute e la richiesta che questi siano considerati prioritari, dall’altra, il contrasto tra una domanda di salute organica e una risposta che pare essere sporadica, poco articolata ed eterogenea, portano a pensare alla necessità di una maggiore sistematicità nella collaborazione tra chi si occupa della scuola e chi della salute degli studenti, per creare una rete di figure professionali e servizi diversi, collegata con l’assistenza primaria, il territorio e le sue istituzioni (es. Comune) che sia in grado di attivare all’occorrenza le competenze più appropriate, perché fondata sulla comunicazione e il coordinamento tra le parti.

In merito a ciò, è stato chiesto ai genitori di indicare, in una prospettiva futura, quali strumenti ritenessero utili per rendere la scuola un ambiente sano e sicuro e tra quattro proposte, la prevenzione e l’educazione sanitaria; l’implementazione di una rete tra Scuola, Comune e medicina territoriale; 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.

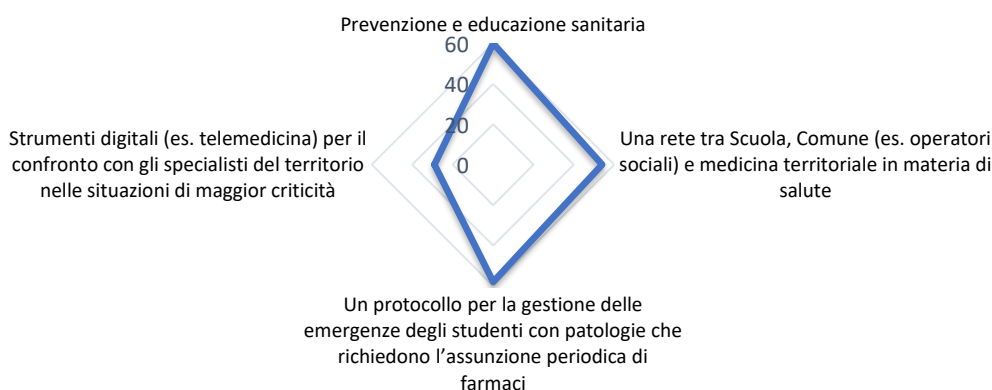


FIGURA 11. POSSIBILI STRUMENTI UTILI A RENDERE LA SCUOLA UN AMBIENTE SANO E SICURO

LA SCUOLA E LE PATOLOGIE CRONICHE

Un punto particolarmente rilevante riguarda gli studenti con patologie che richiedono l'assunzione di terapie periodiche, anche durante l'orario scolastico, come ad esempio diabete, asma ed epilessia. In generale, infatti, nel panorama normativo nazionale manca un riconoscimento completo del fenomeno della cronicità che riguarda bambini e adolescenti. Da un lato, gli stessi docenti sono spesso chiamati ad adempiere a compiti di assistenza sanitaria, dall'altro, gli alunni, assentandosi da scuola per la somministrazione delle terapie o in casi di emergenza, sono impossibilitati a vivere l'esperienza scolastica, sportiva, relazionale e sociale al pari dei loro coetanei.

Con il 48,1% del campione che dichiara di non saper giudicare se la scuola sia o meno un contesto sicuro per la presa in carico degli studenti con patologie croniche e con il 46,2% che non sa se la comunità scolastica sia preparata ad affrontare possibili emergenze correlate, i dati dimostrano una complessiva mancanza di consapevolezza circa le modalità con cui gli studenti con patologie croniche siano assistiti a scuola. Si può comunque osservare una tendenza diversa tra le risposte alle due domande, infatti, mentre il 27,4% del campione ritiene la scuola adatta alla presa in carico degli studenti con patologie croniche, il 44,3% degli intervistati considera la comunità scolastica impreparata a gestire le situazioni di emergenza.

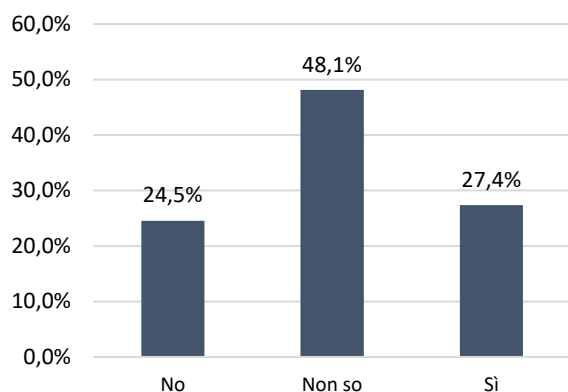


FIGURA 12. PERCEZIONE DEI GENITORI RISPETTO AL FATTO CHE LA SCUOLA SIA UN AMBIENTE SANO E SICURO PER LA PRESA IN CARICO DEGLI STUDENTI CON PATOLOGIE CRONICHE CHE RICHIEDONO L'ASSUNZIONE DI TERAPIE PERIODICHE

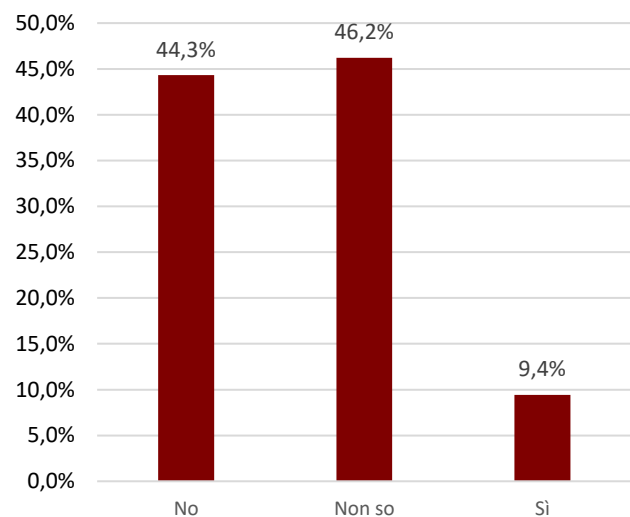


FIGURA 13. PERCEZIONE DEI GENITORI RISPETTO AL FATTO CHE LA COMUNITÀ SCOLASTICA SIA PREPARATA PER LA GESTIONE DELLE POSSIBILI SITUAZIONI CRITICHE DI STUDENTI CON PATOLOGIE CRONICHE CHE RICHIEDONO L'ASSUNZIONE DI TERAPIE PERIODICHE

Quando si chiede ai genitori di definire quali siano le figure che si occupano della somministrazione delle terapie periodiche in orario scolastico, la situazione si complica ulteriormente con la maggioranza degli intervistati (56,6%) che afferma di non saperlo, e con un 43,4% di risposte varie e frammentate, in cui emerge una chiara responsabilità dei genitori (9,4%) e del personale scolastico, formato (9,4%) o non formato (8,5%) e un intervento degli operatori assegnati dagli enti locali (7,6%). Da notare che nel 3,8% dei casi è lo stesso studente, in autonomia, a procedere alla somministrazione dei farmaci, contro il 2,8% che è supportato da operatori sanitari, da ultimo, vi è una percentuale di casi, sebbene minore, in cui non vi è nessuno incaricato della somministrazione dei farmaci per gli studenti che lo richiedano (1,9%).

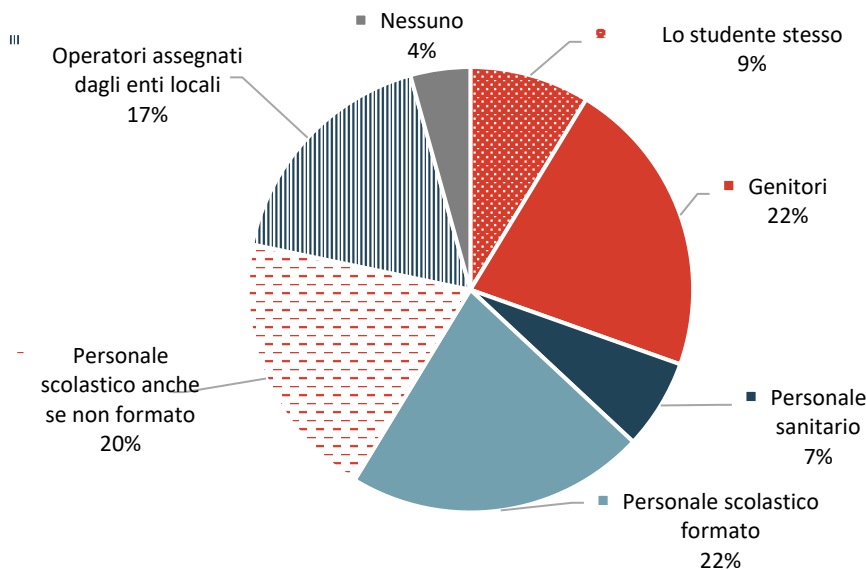


FIGURA 14. CHI SI OCCUPA, IN ORARIO SCOLASTICO, DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI PER GLI STUDENTI CON PATOLOGIE CHE NECESSITANO DELL'ASSUNZIONE DI TERAPIE PERIODICHE

Risultando confusa e poco definita, sia in termini di responsabilità che di figure professionali coinvolte, l'organizzazione delineata dai dati sembra incapace di assicurare la presa in carico globale e continuata degli alunni affetti da patologie croniche, nonché l'accesso all'assistenza sanitaria di base e nei casi di emergenza. Per colmare tale lacuna, si potrebbe creare un punto forte di riferimento dal punto di vista sanitario per la comunità scolastica, che adempia al duplice scopo di alleggerire i docenti e i genitori di un compito così oneroso e di assicurare la continuità e l'equità nell'accesso alle cure sanitarie, anche negli ambienti scolastici, a tutti gli studenti. A tale proposito, sono gli stessi genitori a ritenere molto utile (86,8%) e abbastanza utile (12,3%) la presenza di un collegamento tra scuola, professionisti della salute, famiglie e organizzazioni sanitarie e sociali per riunire tutti i soggetti e gli enti che, a diverso titolo, sono incaricati di seguire gli studenti affetti da cronicità.

L'INFLUENZA STAGIONALE

Da ultimo, l'indagine si è soffermata sul tema dell'influenza stagionale, virus ritenuto generalmente banale, ma con risvolti significativi in termini di costi per la società. Infatti, oltre ai costi diretti per il sistema sanitario nazionale causati dall'assistenza ai soggetti ad alto rischio, si devono considerare i costi indiretti dovuti all'assenteismo lavorativo e/o scolastico indotto dall'infezione. Molto spesso, infatti, sono gli stessi genitori a stare a casa dal lavoro per dare assistenza ai figli malati, producendo un costo silenzioso e oneroso in termini di produttività. Inoltre, nella prospettiva della salute come bene comune, la circolazione del virus influenzale, spesso diffuso tra i bambini, può portare a rischi per l'intera comunità, colpendo in maniera più aggressiva i soggetti fragili.

In quest'ottica, il questionario si poneva l'obiettivo di sondare l'opinione dei genitori sull'influenza stagionale per capirne il percepito e gli effetti sull'attività lavorativa, per valutare eventualmente la possibilità di implementare campagne di vaccinazione antinfluenzale in età pediatrica, con il possibile coinvolgimento della scuola, in connessione con altri enti, come luogo di promozione e/o somministrazione della campagna.

L'80% degli intervistati si ritiene d'accordo con chi afferma che i costi sociali indiretti dell'influenza siano elevati per le famiglie italiane. Basti pensare che, quando un figlio si ammala d'influenza, il 49% degli intervistati afferma che almeno un genitore si assenta dal lavoro, mentre il 34,9% richiede l'aiuto di altri famigliari. Si tratta di uno sforzo organizzativo notevole, nonché di una perdita di giorni di lavoro e di produttività, considerato anche il fatto che solo nel 7,5% dei casi la situazione è gestita grazie all'aiuto di persone incaricate della cura dei figli (es. babysitter).

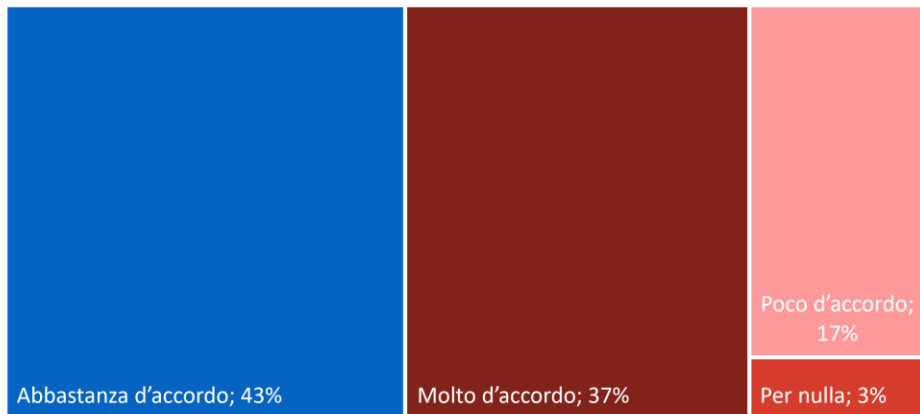


FIGURA 15. "I COSTI SOCIALI INDIRETTI DELL'INFLUENZA SONO ELEVATI PER LE FAMIGLIE ITALIANE". LIVELLO DI ACCORDO CON L'AFFERMAZIONE

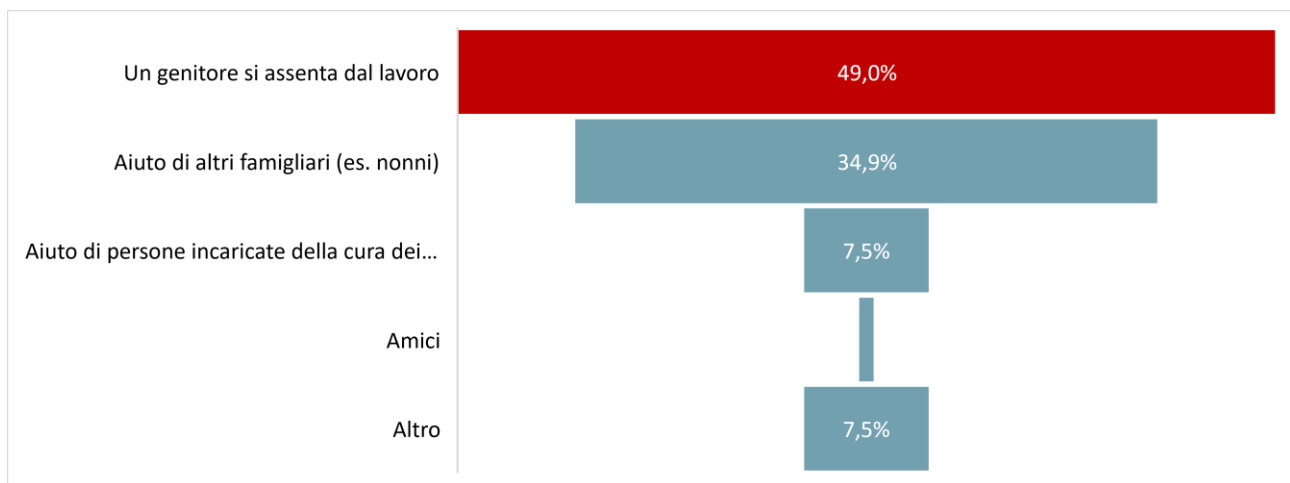


FIGURA 16. CHI STA A CASA CON I FIGLI IN CASO DI MALATTIA

Nonostante i costi derivanti dalla sindrome influenzale siano piuttosto sentiti tra gli intervistati e l'organizzazione familiare richieda l'assenza lavorativa di almeno un genitore per assistere i figli ammalati d'influenza, non è altrettanto sentita la necessità di vaccinare i propri figli contro il virus influenzale.

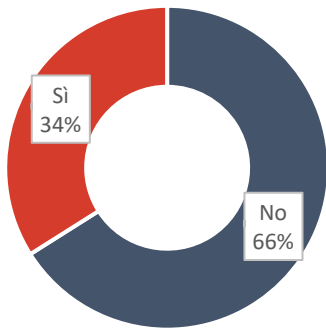


FIGURA 17. SE CI FOSSE LA POSSIBILITÀ, VACCINERESTI I/LE TUOI/TUE FIGLI/E (≤16 ANNI) CONTRO L'INFLUENZA?

Infatti, il 66% dei genitori dichiara che, se ne avesse la possibilità, non vaccinerebbe i propri figli contro l'influenza e il 67% del campione afferma di non aver vaccinato i propri figli contro l'influenza negli anni precedenti. In aggiunta, va detto che i dati dimostrano una mancanza di informazione e consapevolezza circa la possibilità di usufruire del vaccino antinfluenzale in età pediatrica, infatti il 12% dei genitori non sapeva che il vaccino potesse essere somministrato anche a bambini e ragazzi, mentre il 5% pensava fosse rivolto ai soli bambini con patologie gravi.

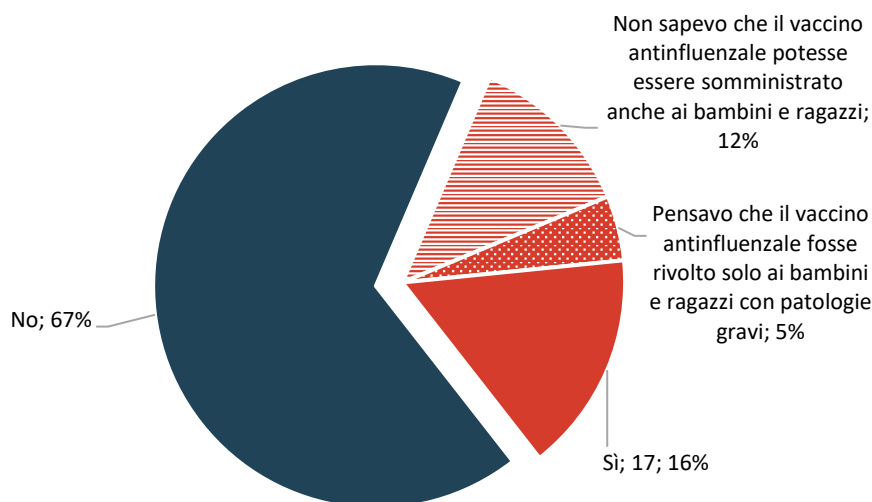


FIGURA 18. NUMEROSITÀ DI GENITORI CHE, IN PASSATO, HA SCELTO DI FAR VACCINARE I SUOI FIGLI (≤16 ANNI) CONTRO L'INFLUENZA

Vi è quindi una distanza tra i costi e i rischi percepiti dai genitori relativi all'influenza e le modalità di prevenzione e contrasto alla diffusione. In generale, si coglie una comune percezione di indifferenza nei confronti della circolazione del virus influenzale tra i bambini e le famiglie, nonché la sottovalutazione del suo impatto sull'economia, sulla società e sulla salute della collettività. Infatti, molto spesso l'influenza viene considerata come una malattia banale per i singoli, senza però tenere in considerazione le possibili conseguenze per l'intera comunità.

In questo contesto, si può cogliere l'opportunità di rilanciare il ruolo della scuola, in accordo con i servizi sanitari e le amministrazioni competenti, nella formazione e informazione degli studenti e delle famiglie, screditando narrazioni basate su comuni convinzioni e appoggiando posizioni basate sull'evidenza scientifica e su prove di efficacia, per la salute dell'intera collettività. A tale proposito, il 45% degli intervistati considera la scuola un possibile luogo per la somministrazione dei vaccini nell'ambito di una campagna antinfluenzale

rivolta all'età pediatrica e a questi si aggiunge un 20% che ritiene la scuola un contesto adatto alla promozione della campagna, dal punto di vista formativo e informativo.

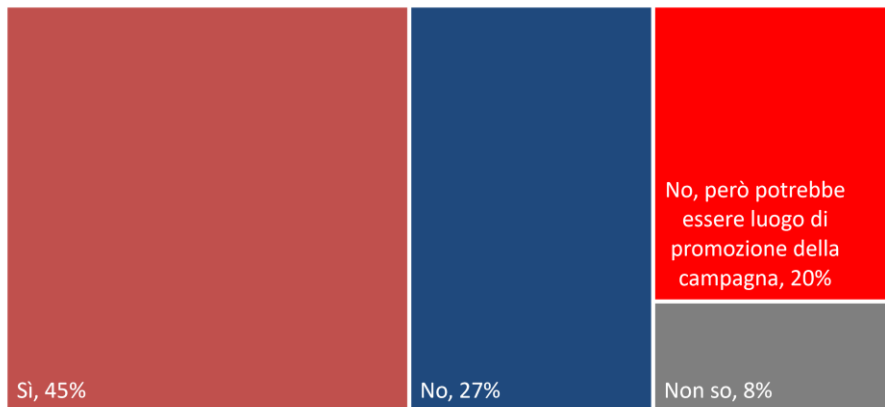


FIGURA 19. NELL'AMBITO DI UNA POSSIBILE CAMPAGNA VACCINALE ANTINFLUENZALE PEDIATRICA, LA SCUOLA POTREBBE ESSERE CONSIDERATA UN LUOGO DI SOMMINISTRAZIONE

IL PUNTO DI VISTA DEGLI INSEGNANTI

OBIETTIVO

Al fine di evidenziare la percezione dei docenti circa il ruolo della scuola nella promozione della salute in connessione con altri enti sul territorio, è stato sviluppato il questionario suddividendo le domande secondo le seguenti sezioni:

- ✓ ordine di scuola di insegnamento, provenienza geografica, dimensione del Comune
- ✓ percezione circa il ruolo della scuola nella promozione della salute
- ✓ collaborazione tra Scuola, Comune e servizi sanitari territoriali nella promozione della salute
- ✓ medicina scolastica: definizioni, problemi e possibili strumenti
- ✓ influenza stagionale: incidenza sullo stato di salute della comunità scolastica.

IL CAMPIONE

Il questionario è stato compilato da 490 docenti per diversa provenienza regionale e per ordine di scuola differenti. Dai dati emerge che il 9% del campione insegna nelle scuole dell'infanzia, il 26% nella scuola primaria e il 65% nella scuola secondaria di primo grado. Inoltre, si registra un discreto livello di rappresentatività per provenienza geografica, con un'elevata concentrazione di risposte in Lombardia (99), Puglia (49) e Campania (47) e una media di 17 risposte per le restanti regioni, fatta eccezione per la Valle d'Aosta, dalla quale non è pervenuto alcun dato. Il 62% dei docenti afferma poi di insegnare in un comune medio, utilizzando la definizione dell'Istat, seguono poi gli insegnanti che lavorano in un grande comune (24%) e in un piccolo comune (14%).

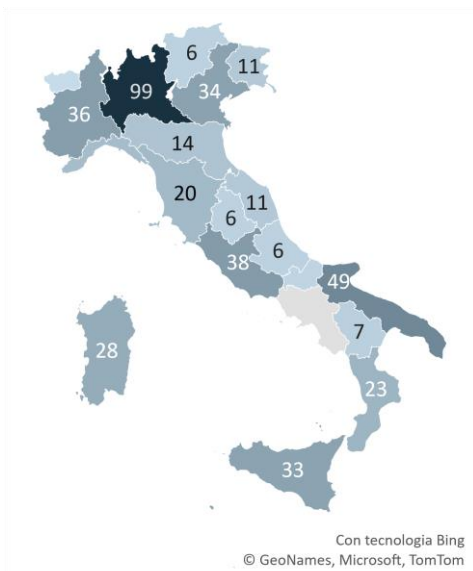


FIGURA 20. CAMPIONE: RAPPRESENTATIVITÀ REGIONALE

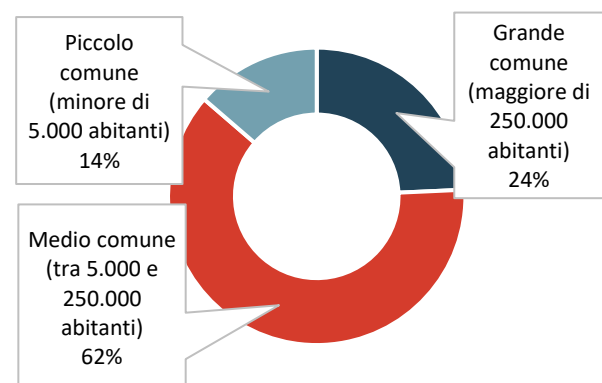


FIGURA 21. CAMPIONE: DIMENSIONE DEI COMUNI DI APPARTENENZA

SCUOLA E SALUTE

Il 97% del campione intervistato è d'accordo nell'affermare che la scuola sia un contesto che può mettere in pratica un'efficiente promozione della salute a beneficio della comunità contro un 3% poco d'accordo.

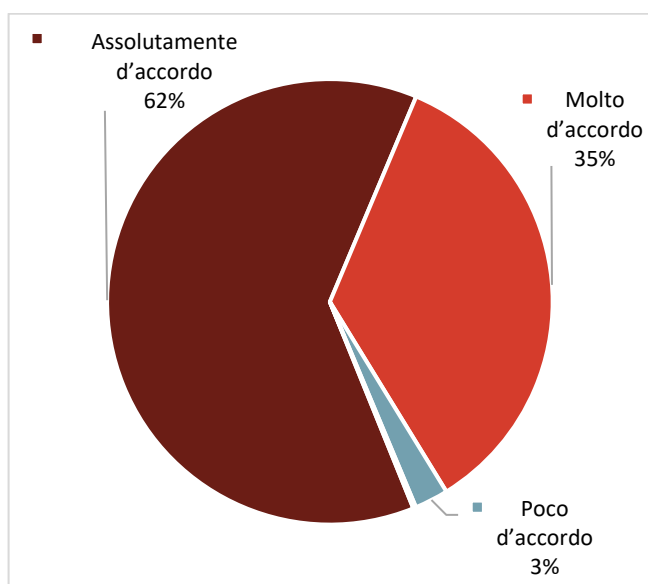


FIGURA 22. LE SCUOLE SONO CONTESTI CHE POSSONO METTERE IN PRATICA UN'EFFICIENTE PROMOZIONE DELLA SALUTE A BENEFICIO DELLA COMUNITÀ. LIVELLO DI ACCORDO

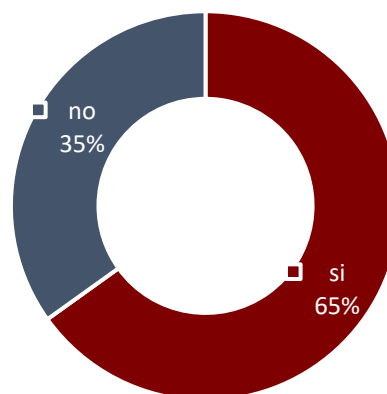


FIGURA 23. CONOSCENZA DEL FATTO CHE, SECONDO IL PIANO NAZIONALE DI PREVENZIONE 2020-2025, LA SCUOLA È INDICATA COME SETTING NEL QUALE RAGGIUNGERE INDIVIDUI E GRUPPI TARGET SENSIBILI PER PROMUOVERE E REALIZZARE INTERVENTI DI PREVENZIONE

Questi dati sembrano confermare il ruolo di *setting*⁹ attribuito dal Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 alla scuola per raggiungere individui e gruppi target sensibili per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. A dimostrazione di ciò, è significativo che il 65% dei docenti intervistati abbia in seguito confermato di essere a conoscenza del ruolo attribuito dal PNP alla scuola nella promozione della salute. Dunque, risulta che la maggior parte del campione, non solo è a conoscenza del compito che istituzionalmente è affidato alla scuola nella promozione della salute, ma è anche convinto circa l'efficacia e l'efficienza del contesto scolastico come luogo privilegiato nell'espletamento di tale funzione.

L'indagine si è in seguito soffermata sugli ambiti, le molteplici declinazioni e i possibili strumenti che, secondo i docenti, fanno concretamente della scuola un contesto attento alla salute. La maggioranza del campione (74%) ha individuato sia azioni di natura educativa, intese come attività curriculari in tema di salute, 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. Risulta significativo il fatto che nessuno tra i docenti intervistati abbia ritenuto inutile l'azione in uno dei campi sopra citati.

⁹ Il *setting* è il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità. (PNP 2020-2025)

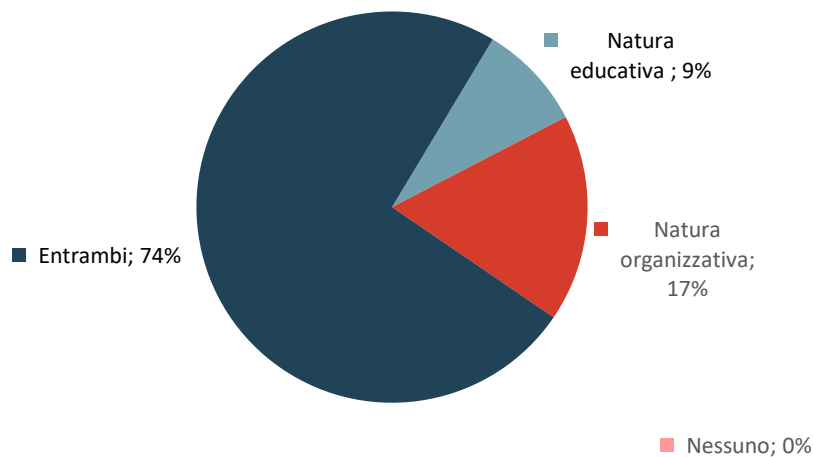


FIGURA 24. AMBITI CHE POTREBBERO CONTRIBUIRE ALLA PROMOZIONE DELLA SALUTE NEL CONTESTO SCOLASTICO

Inoltre, perché si possa dire che una scuola promuove salute, il 98% del campione sottolinea l'utilità di percorsi formativi e/o informativi con l'inserimento della salute nei curricula scolastici, ad esempio come elemento di educazione civica.

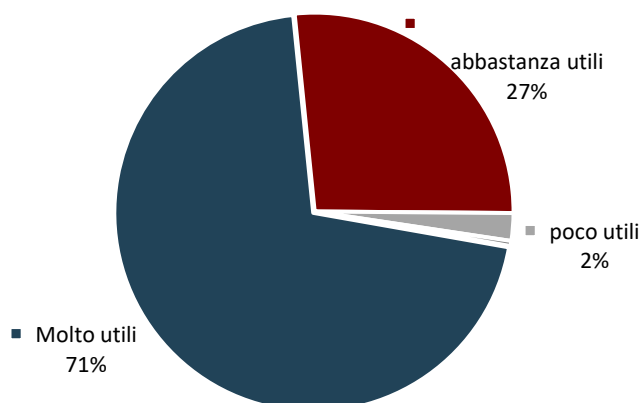


FIGURA 25. QUANTO SOLO NECESSARI PERCORSI FORMATIVI/INFORMATIVI CON L'INSERIMENTO DELLA SALUTE NEI CURRICULA SCOLASTICI

Quindi, dai dati si può dire che emerge un quadro di coinvolgimento a tutto campo della scuola nella promozione della salute, dalla gestione delle attività curriculari ed extracurriculari a quella degli spazi e degli ambienti, secondo un approccio globale.

I dati inoltre evidenziano che, sebbene vi siano differenze nelle modalità di offerta delle proposte, la maggioranza delle scuole raggiunte dal questionario hanno messo in pratica o hanno attualmente in corso attività di promozione della salute (87%). Tra queste, il 20% ha realizzato attività di promozione con la collaborazione di aziende sanitarie e/o medici; il 21% con la collaborazione di associazioni del terzo settore no profit; il 22% con operatori sanitari e associazioni e il 24% senza alcuna collaborazione esterna. Infine, il 5% non ha mai sviluppato attività di promozione della salute, mentre l'8% non ne ha conoscenza. La

maggioranza delle scuole è dunque coinvolta attivamente nella promozione della salute, ma dai dati si evince un certo grado di dispersione e varietà circa le modalità e le partnership per l'erogazione del servizio.

SCUOLA E RETI PER LA SALUTE

Sicuramente la scuola non può occuparsi da sola di un compito così trasversale e di responsabilità come quello della promozione della salute.

Questo è quanto emerge dall'indagine che mostra come la quasi totalità degli insegnanti ritenga importante la condivisione delle azioni realizzate dalle scuole per diffondere la conoscenza di "buone pratiche" in ambito di promozione della salute.

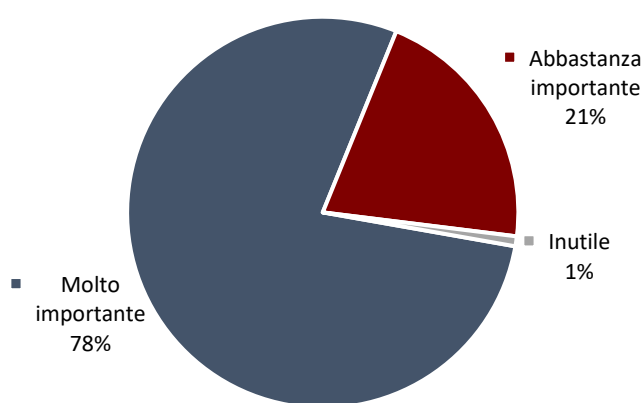


FIGURA 26. IMPORTANZA DI UNA POSSIBILE CONDIVISIONE DI "BUONE PRATICHE" REALIZZATE DALLE SCUOLE IN AMBITO DI PROMOZIONE DELLA SALUTE

Un dato che sottolinea la necessità di condivisione delle conoscenze e delle competenze tra scuole e che introduce il quesito circa l'opportunità di creazione di una rete di connessione tra più enti promotori della salute, tra cui figure anche la scuola. A tal proposito, il 71% del campione dichiara che la propria scuola è inserita in una rete territoriale con il Comune e i servizi sanitari, tuttavia, le reti possono essere sia formali (48%) che informali (23%) nella loro strutturazione. Risulta comunque rilevante il fatto che il 21% del campione non sia a conoscenza dell'esistenza o meno di una rete di collegamento e l'8% affermi che questa non ci sia, palesando così un notevole grado di disomogeneità tanto nell'organizzazione della rete quanto nella consapevolezza circa la sua esistenza.

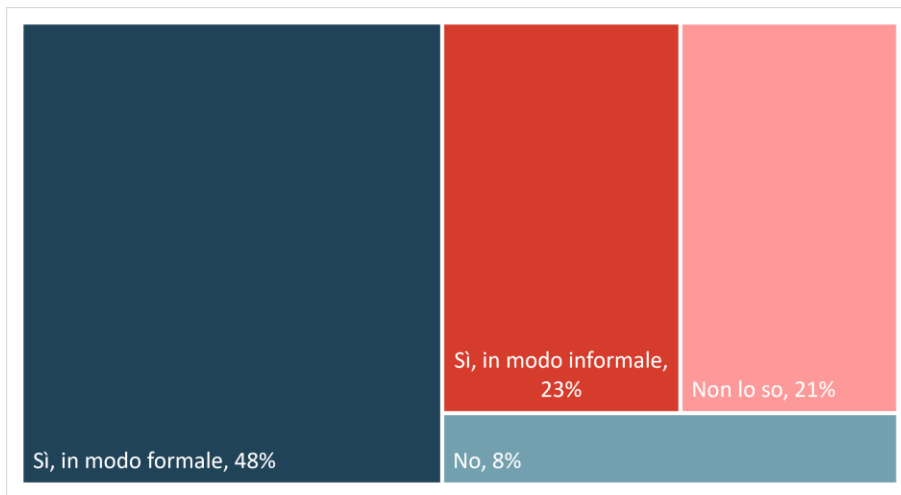


FIGURA 27. ESISTENZA DI RETE SCUOLA- COMUNE - SERVIZI SANITARI

Lo stato dell'arte incontra poi i desiderata dei docenti, che infatti giudicano molto utile, per la maggior parte (72,2%), l'ipotesi di costituzione di una rete formalizzata di collaborazione a livello territoriale tra istituzioni, scuole, enti locali e terzo settore per rendere la scuola un setting per la promozione della salute.

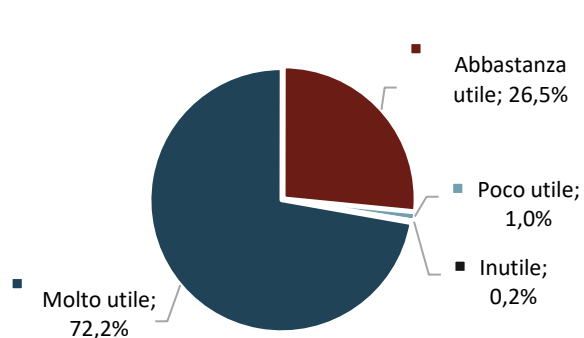


FIGURA 28. IPOTESI DI COSTITUZIONE DI UNA RETE FORMALIZZATA DI COLLABORAZIONE A LIVELLO TERRITORIALE TRA ISTITUZIONI, SCUOLE, ENTI LOCALI E TERZO SETTORE PER RENDERE LA SCUOLA SETTING PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

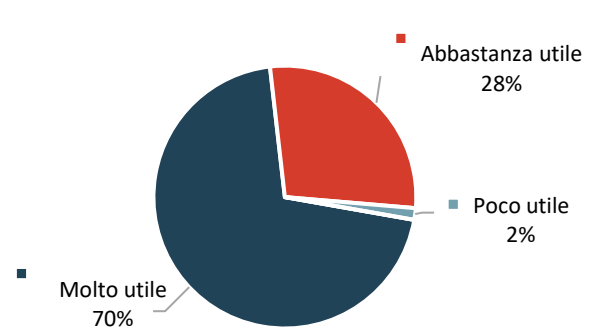


FIGURA 29. IPOTESI DI COSTRUZIONE DI UN RACCORDO CON I SERVIZI SANITARI PER RENDERE LA SCUOLA SETTING PER LA PROMOZIONE DELLA SALUTE

Si sottolinea dunque l'esigenza di un collegamento basato 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 come strumento efficace per consentire alla scuola di promuovere la salute. È questa l'opinione prevalente del campione, infatti il 70% la ritiene molto utile, il 28% abbastanza utile e il 2% poco utile, con uno 0% del campione che si è dimostrato contrario a tale ipotesi, ritenendola inutile.

MEDICINA SCOLASTICA

Oltre all'esigenza di connessione tra scuola ed enti con competenze e funzioni differenti per la tutela della salute, emerge anche il bisogno di rendere la scuola un presidio di salute, un luogo cioè fornito di servizi sanitari in presenza o in collegamento. Il 68% dei docenti intervistati, infatti, ritiene molto utile la presenza di servizi sanitari a scuola e/o collegati con la scuola, ad esempio operatori sanitari, sportelli di consulenza sulla salute, operatori sociali, aree dedicate ecc. A ciò si aggiunge il 31% del campione che lo ritiene abbastanza utile. È significativo che nessuno abbia rifiutato tale ipotesi classificandola come inutile.

Dai dati emerge dunque la necessità di un intervento, che sia in presenza o virtuale, dei servizi sanitari per rendere la scuola un ambiente sano e sicuro per tutti, anche nella gestione delle situazioni di maggiori difficoltà. A tal riguardo, un punto particolarmente rilevante riguarda gli studenti con patologie che richiedono l'assunzione di terapie periodiche durante l'orario scolastico, il panorama normativo nazionale, infatti, è lacunoso e non recentemente aggiornato per quanto riguarda la definizione di interventi finalizzati all'assistenza degli studenti, distribuendo le responsabilità tra le famiglie degli alunni, la scuola, i servizi sanitari e gli enti locali. In questo contesto, i dati dell'indagine risultano disomogenei, a dimostrazione della frammentazione delle responsabilità per la presa in carico di tali studenti. La maggioranza del campione afferma che solitamente nell'orario scolastico è il personale scolastico, formato (47%) o non formato (15%), a occuparsi della somministrazione dei farmaci.

La problematica si fa più complessa se si pensa che in taluni casi sono gli stessi genitori a occuparsi della somministrazione (21%), in altri invece lo studente non si reca a scuola negli orari per la somministrazione (3%). Infine, solo il 3% del campione afferma che la somministrazione viene effettuata da personale sanitario. Dal quadro delineato risulta evidente quanto sia difficile per gli studenti affetti da patologie croniche vivere l'esperienza scolastica al pari dei loro coetanei e quanto sia oneroso il compito che grava sulle loro famiglie, un carico aggravato dal fatto che, come afferma l'11% del campione, in alcune scuole nessuno se ne occupa.

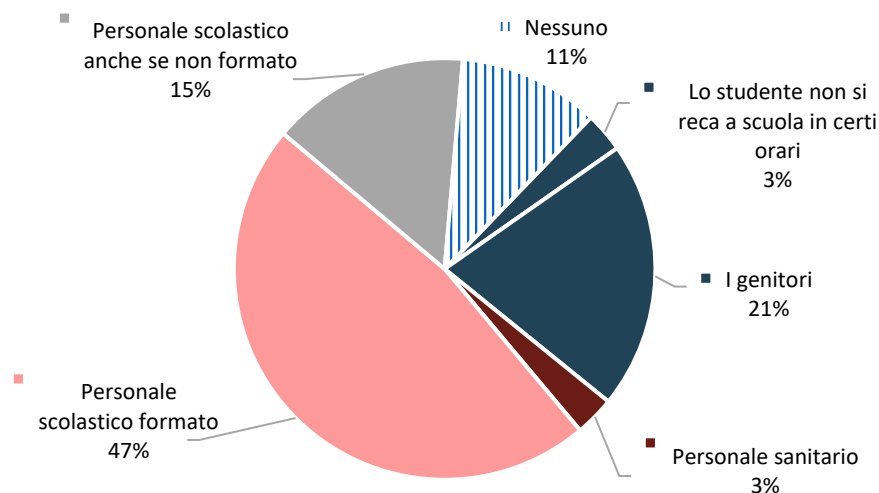


FIGURA 30. RESPONSABILI DELLA SOMMINISTRAZIONE DEI FARMACI PER GLI STUDENTI CON PATOLOGIE CHE NECESSITANO L'ASSUNZIONE DI TERAPIE PERIODICHE

Rispetto alla definizione che gli insegnanti ritenessero più calzante per il concetto di “medicina scolastica”, dall’indagine emerge che in prima battuta essa coincide 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; segue la presenza di personale medico a scuola e/o infermeria (ma che in parte sembra essere un elemento distintivo anche delle prime due scelte); solo al quarto posto emerge l’idea di attività di sensibilizzazione e formazione rivolta agli studenti. In ultima posizione la correlazione tra medicina scolastica e i servizi di sostegno rivolti a studenti con patologie invalidanti, quali ad esempio diabete, autismo, epilessia.

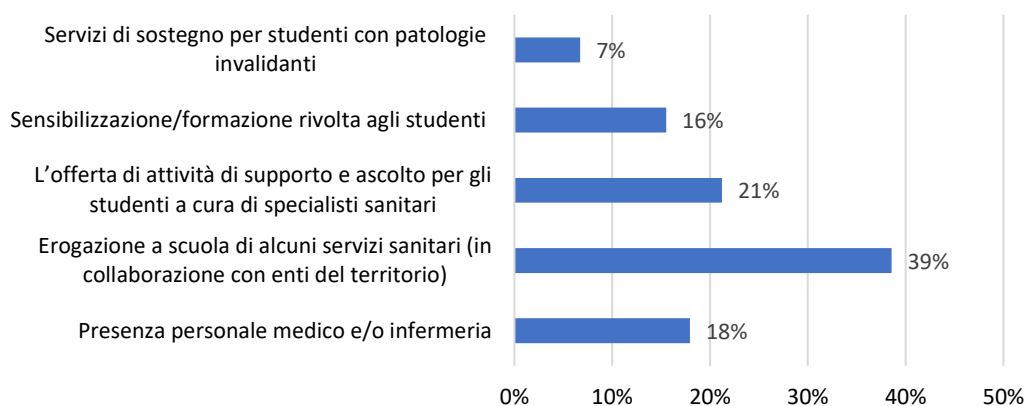


FIGURA 31. POSSIBILI DEFINIZIONI DI “MEDICINA SCOLASTICA”

Stante quanto sopra, potrebbe risultare utile un reinserimento e un ripensamento della medicina scolastica come strumento per rendere la scuola e la sua comunità attenta alla salute e pronta alla gestione delle eventuali situazioni critiche, ad esempio con riferimento agli studenti con patologie croniche. Sarebbe, tuttavia, anacronistico pensare che la medicina scolastica possa essere riproposta nella sua accezione originaria; essa bisogno di una nuova formulazione e di nuovi strumenti. Da questo punto di vista, la recente accelerazione digitale richiesta dalla pandemia da Covid-19 potrebbe suggerire preziosi strumenti di sostegno e/o riconfigurazione.

Per questo motivo, è stato necessario fare un approfondimento sul mondo digitale connesso ai bisogni delle scuole, prendendo in considerazione tanto il livello di fiducia e confidenza rispetto a questi strumenti in ambito sanitario da parte degli insegnanti (ad esempio dispositivi per monitorare la salute oppure tele visita, telemonitoraggio, ecc.), quanto l’adeguatezza tecnologica delle scuole, come WiFi, computer e LIM per l’eventuale implementazione di strumenti digitali dedicati alla salute (es. piattaforme web di formazione, app dedicate per la teleassistenza e il monitoraggio della salute degli alunni, collaborazioni online equipe multidisciplinari ecc.).

Mentre sul fronte del livello di confidenza i risultati sono abbastanza positivi, allorché migliorabili (alto livello di fiducia per il 29%, discreto per il 58%), emerge un bisogno di miglioramento per quanto riguarda l’allocazione di strumenti tecnologici e digitali.

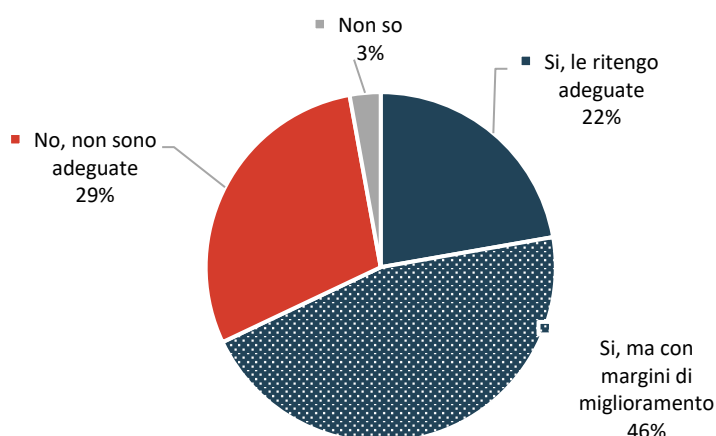


FIGURA 32. ADEGUATEZZA DELLE RISORSE TECNOLOGICHE DELLA SCUOLA (DI APPARTENENZA) PER L'IMPLEMENTAZIONE DI STRUMENTI DIGITALI PER LA SALUTE

Infatti, solo il 22% dei docenti ritiene che le risorse tecnologiche della propria scuola pienamente adeguate e il 29% di questi le ritiene invece inadeguate: si sottolineano dunque un desiderio di innovazione in ambito tecnologico, sostenuto anche da quel 46% del campione, che pur considerando le risorse tecnologiche adeguate, ritiene necessitano di miglioramento.

L'INFLUENZA STAGIONALE

Da ultimo, l'indagine si è soffermata sull'incidenza dell'influenza stagionale sullo stato di salute di studenti, docenti e famiglie e sull'ordinario svolgimento dell'attività curricolare. Infatti, nella prospettiva della salute come bene comune, la diffusione del virus influenzale può portare a rischi e impedimenti per l'intera comunità in termini di salute e di costi sociali indiretti e, trovando un suo naturale serbatoio nei bambini, spesso colpisce in maniera particolare le scuole.

I dati dimostrano una discreta sensibilità rispetto al tema: infatti viene ritenuto che l'influenza stagionale incida abbastanza sullo svolgimento dell'ordinaria attività didattica (44%), sullo stato di salute di famiglie e studenti (50%) e sullo stato di salute dei docenti (45%). Sono pochi i docenti che ritengono che l'influenza incida molto sullo svolgimento dell'attività didattica (5%), sullo stato di salute di famiglie e studenti (3%) e infine sullo stato di salute dei docenti (5%). Al contrario, sono in molti a considerare l'influenza stagionale poco incidente sull'attività scolastica (44%), sullo stato di salute di famiglie e studenti (42%) e su quello dei docenti (44%).

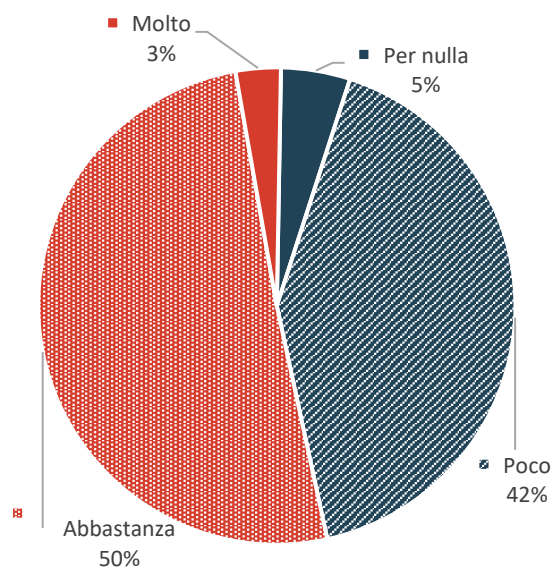


FIGURA 33. PESO DELL'INFLUENZA STAGIONALE SULLO STATO DI SALUTE DI STUDENTI E FAMIGLIE

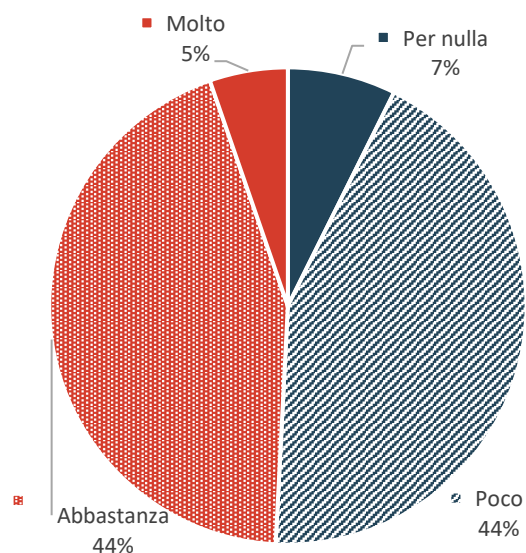


FIGURA 34. PESO DELL'INFLUENZA STAGIONALE SULLO SVOLGIMENTO DELL'ORDINARIA ATTIVITÀ DIDATTICA

Questi dati che, analizzati congiuntamente, confermano quanto l'influenza sia spesso percepita come una malattia banale, non particolarmente rilevante per le sue ricadute cliniche e sociali.

Nonostante ciò, i docenti nella maggior parte dei casi sembrano essere favorevoli al fatto che la scuola possa costituire un possibile setting per un'eventuale campagna vaccinale pediatrica antinfluenzale sia per la promozione di campagne di sensibilizzazione, sia come hub per vaccinare.

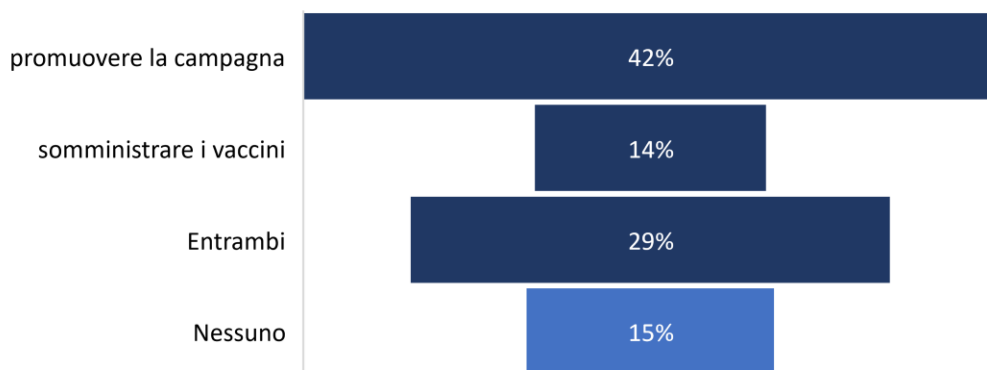


FIGURA 35. RUOLO DELLA SCUOLA RISPETTO A UNA POSSIBILE CAMPAGNA VACCINALE PEDIATRICA ANTINFLUENZALE

IL PUNTO DI VISTA DEI SINDACI

OBIETTIVO

I sindaci sono stati scelti come target dell'indagine in quanto autorità sanitarie locali e rappresentanti di uno dei *setting*¹⁰ fondamentali per la promozione della salute e la realizzazione di azioni di prevenzione a livello comunitario. Infatti, in virtù della forte dipendenza tra benessere fisico, psichico e sociale e città, i Comuni costituiscono dei contesti strategici per l'implementazione di azioni positive per la salute dell'uomo e la qualità della vita. Inoltre, la salute, intesa secondo l'approccio globale di *One Health*¹¹, promuove un modello sanitario basato sia sull'integrazione tra discipline diverse che su politiche multidimensionali e trasversali in contesti istituzionali e comunitari differenti, tra cui, appunto, il Comune.

Ai fini dell'analisi, è possibile dividere le domande in alcune sezioni tematiche, così strutturate:

- Provenienza geografica: dimensione del comune, regione e provincia di appartenenza
- Definizioni e valori: *Urban Health* e sanità di prossimità
- La salute e l'amministrazione comunale: obiettivi e risorse; assetto normativo e responsabilità; possibili strumenti per la sanità di prossimità; il ruolo del sindaco e la gestione dell'emergenza pandemica
- Comune e reti per la salute: il collegamento tra comune, scuola e servizi per la salute
- Influenza stagionale: incidenza sullo stato di salute dei cittadini; i costi sociali dell'influenza; le possibilità per una campagna vaccinale antinfluenzale in età pediatrica.

IL CAMPIONE

L'indagine è stata diffusa con il contributo degli uffici comunali competenti ottenendo un numero complessivo di 14 risposte provenienti da Regioni italiane (Valle d'Aosta, Lazio, Piemonte, Sicilia, Umbria, Calabria e Abruzzo), provenienti prevalentemente da comuni di medie dimensioni¹² (79%) e di grandi dimensioni (14%). Dunque, seppur esiguo, il numero di risposte ricevute riesce a cogliere un certo grado di rappresentatività nazionale, distribuendosi tra regioni e province del Nord, Centro e Sud Italia.

¹⁰ 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.

¹¹ Con *One Health* si intende una visione olistica al tema salute tale per cui "la salute umana, la salute animale e la salute dell'ecosistema siano legate indissolubilmente". <https://www.iss.it/one-health>

¹² Si fa riferimento in questo caso alla definizione data da Istat per la classificazione dei comuni in base alla loro dimensione. Nello specifico: piccolo comune (minore di 5.000 abitanti); medio comune (tra 5.000 e 250.000 abitanti) e grande comune (maggiore di 250.000 abitanti).

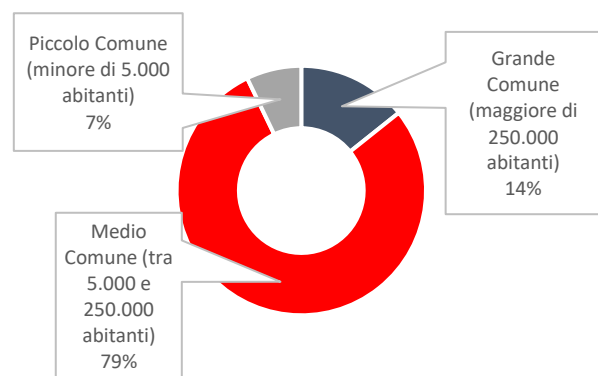


FIGURA 36. CAMPIONE: RAPPRESENTATIVITÀ PROVINCIALE

FIGURA 37. CAMPIONE: DIMENSIONE DEI COMUNI DI APPARTENENZA

DEFINIZIONE E VALORI: URBAN HEALTH E SANITÀ DI PROSSIMITÀ

In primo luogo, l'indagine ha voluto indagare il percepito e la sensibilità dei sindaci rispetto ad alcuni temi inerenti alla salute nel contesto urbano. Infatti, secondo l'approccio dell'Urban Health, le città e i comuni, attraverso strumenti come politiche pubbliche, progettazione territoriale e servizi sono snodi centrali per garantire il benessere della cittadinanza. Il focus, proprio di questa sezione, sulle definizioni di salute e sulle rispettive declinazioni, è funzionale a quel ripensamento del concetto di salute che viene imposto dagli approcci multidisciplinari e multilivello di *One Health* e *Urban Health*.

Partendo dalla definizione data dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS)¹³, è stato chiesto ai sindaci cosa intendessero per "stato di salute", potendo scegliere tra diverse opzioni e ammettendo più risposte. Gli intervistati hanno dato, nel complesso, una definizione piuttosto ampia, in linea con quanto affermato dall'OMS, comprendendo nel concetto di salute tanto il benessere fisico, quanto quello mentale e sociale, oltre all'assenza dello stato di malattia. Infatti, le risposte sono quasi equamente distribuite, con una lieve maggioranza per quanto riguarda i valori di benessere fisico e benessere mentale.

¹³ "Uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o di infermità." (OMS, 1948). Secondo la Carta di Ottawa per la Promozione della salute, la salute è una risorsa per la vita quotidiana, non l'obiettivo del vivere. La salute è un concetto positivo che valorizza le risorse personali e sociali, come pure le capacità fisiche e si raggiunge allorché gli individui sviluppano e mobilitano al meglio le proprie risorse, in modo da soddisfare prerogative sia personali (fisiche e mentali), sia esterne (sociali e materiali).

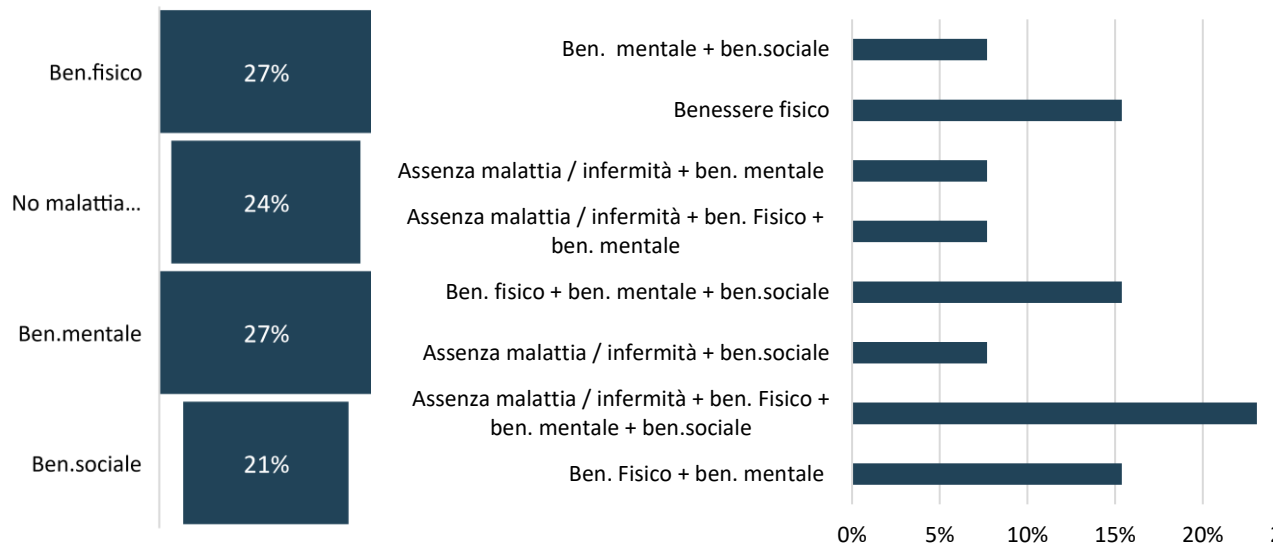


FIGURA 38. ELEMENTI DEFINITORI DELLO STATO DI SALUTE

È stato poi chiesto ai sindaci di votare secondo ordine di priorità (1= per niente; 5= molto) i fattori incidenti sullo stato di salute, partendo da un contenitore molto ampio di condizioni ed elementi sociali, sanitari e ambientali.

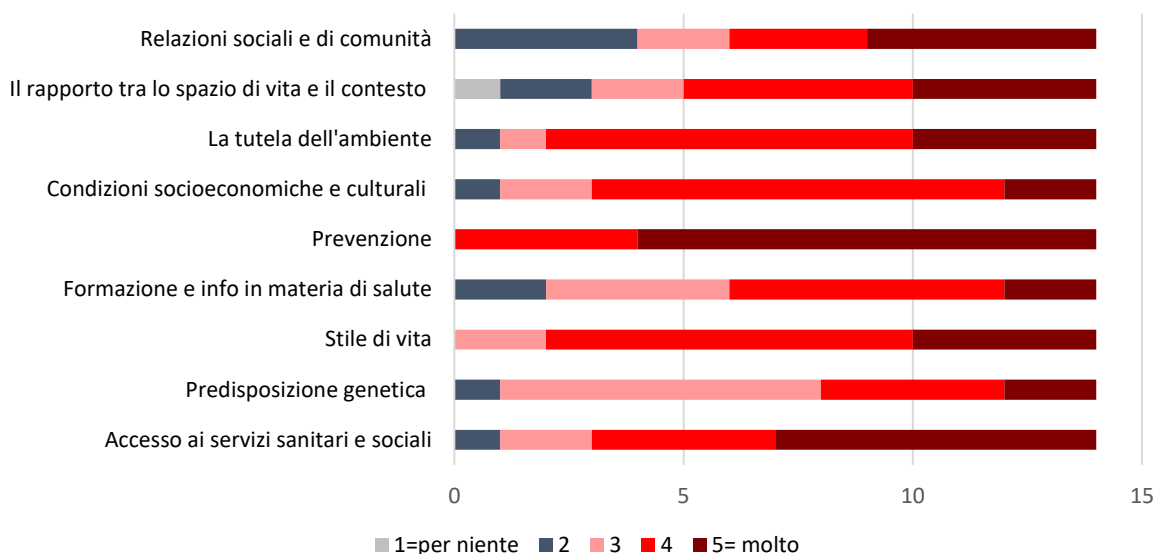


FIGURA 39. VALUTAZIONE DEI FATTORI INCIDONO SULLO STATO DI SALUTE UTILIZZANDO UNA SCALA 1 - 5 (1=PER NIENTE; 5=MOLTO)

Da notare che, ad eccezione del “rapporto tra spazio di vita e il contesto”, gli intervistati hanno ritenuto tutti i fattori elencati, sebbene secondo gradi diversi, importanti e determinanti per la salute. A tale proposito, si nota che la maggior parte delle risposte (64%) si concentrano al quarto gradino della scala creata, soprattutto per quanto riguarda la tutela dell’ambiente, lo stile di vita e la formazione e l’informazione sulla salute. Merita attenzione il fattore di prevenzione, indicato come uno dei più influenti sulla salute (10 risposte su 14), seguono poi le condizioni economiche e sociali (9 risposte su 14), la predisposizione genetica (7 risposte su 14) e il rapporto tra lo spazio di vita e il contesto (2 risposte su 14). Nel complesso, quindi, ad eccezione della

predisposizione genetica, vengono evidenziati fattori e ambiti di interventi suscettibili di azioni in termini di politiche pubbliche, come ad esempio la prevenzione, le condizioni socioeconomiche e il rapporto tra lo spazio di vita e il contesto. Inoltre, con un solo voto in meno rispetto alla prevenzione (9 risposte su 14), l'accesso ai servizi sociali e sanitari viene identificato come molto incidente sullo stato di salute.

È poi stato analizzato il significato di "sostenibilità", nelle due accezioni di sostenibilità ambientale e sociale, chiedendo agli intervistati di riordinare quattro possibili definizioni in ordine di pertinenza. L'intento era quello di sondare il parere dei sindaci rispetto alle responsabilità e le declinazioni operative derivanti dalla sostenibilità, intesa come approccio di responsabilità nei confronti delle risorse dell'ecosistema e degli spazi della comunità e come modello di sviluppo basato sul benessere umano, equamente distribuito per classi e genere.

Dai dati emerge un quadro simile a quello teorico, ovvero per i sindaci, quando si parla di sostenibilità ambientale, si fa riferimento innanzitutto all'utilizzo sostenibile delle risorse e la risoluzione delle emergenze ambientali, nonché alla responsabilità del cittadino verso gli altri e le risorse naturali per il miglioramento della qualità della vita e della salute di tutti. Per quanto riguarda la sostenibilità sociale invece, risultano maggiormente pertinenti agli occhi dei sindaci le definizioni inerenti al benessere, all'equità e alla responsabilità nelle scelte della *governance* per lo sviluppo economico-sociale.

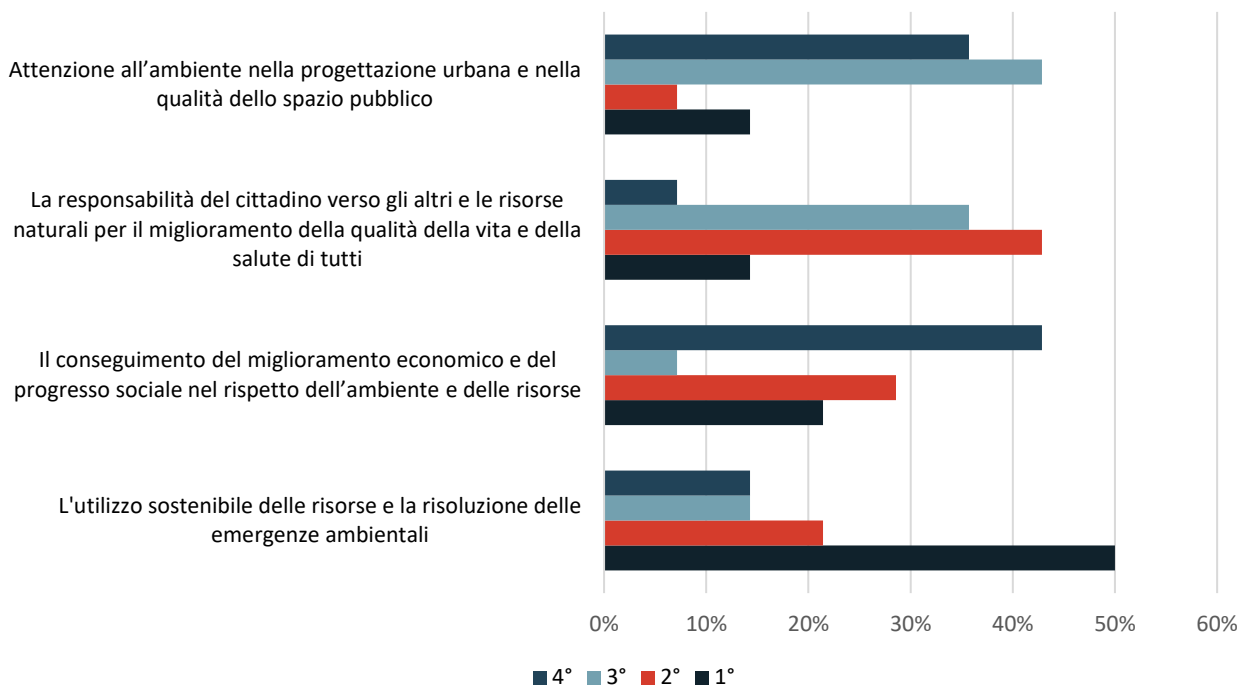


FIGURA 40. DECLINAZIONE CONCETTO DI SOSTENIBILITÀ AMBIENTALE SECONDO UNA SCALA DI PRIORITÀ

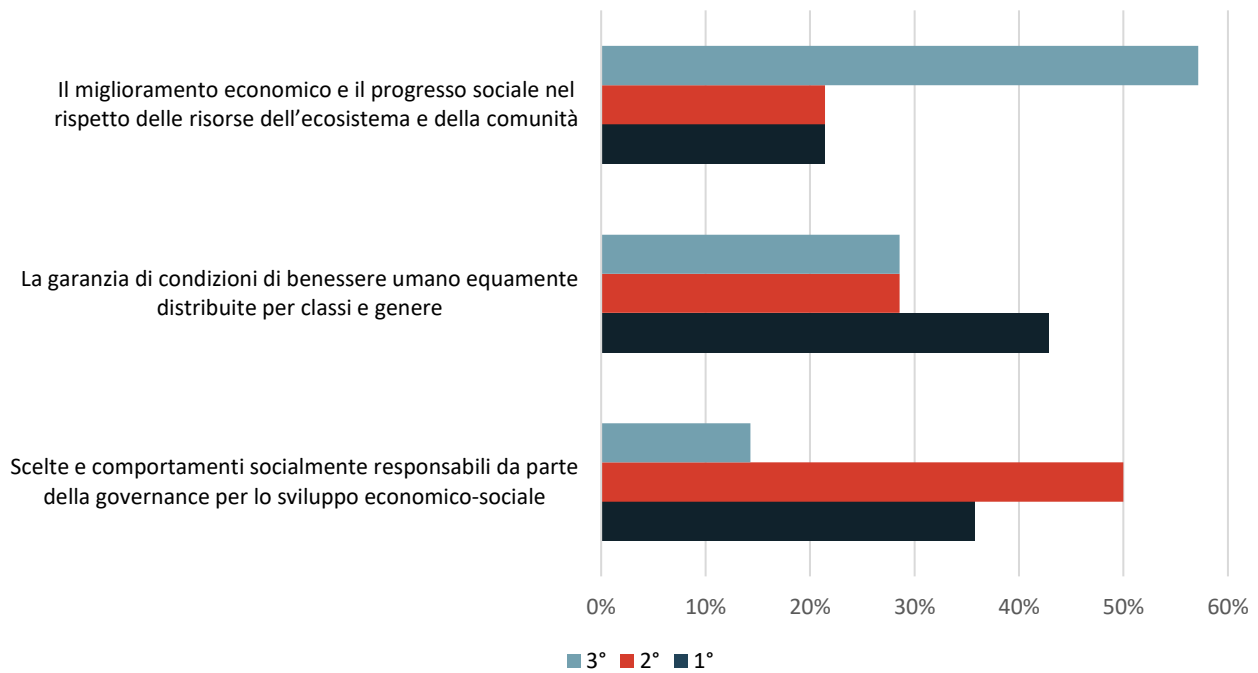


FIGURA 41. DECLINAZIONE CONCETTO DI SOSTENIBILITÀ SOCIALE SECONDO UNA SCALA DI PRIORITÀ

Focalizzandosi sul ruolo dei Comuni, è stato infine chiesto ai sindaci se ritenessero la città uno snodo essenziale per incidere sulla salute, per prevenire e contenere le minacce alla stessa e di fornire, sempre per grado di pertinenza, una definizione di prossimità in ambito di salute.

Il Comune, infatti, rappresentando uno dei livelli istituzionali più prossimi al cittadino, può essere uno dei possibili enti incardinati in una rete di ripensamento della salute sul territorio, con il coinvolgimento dell'amministrazione comunale e dei suoi servizi, dei professionisti della salute e degli altri attori locali.

A tale proposito, il 92% degli intervistati è d'accordo (molto per il 57% o abbastanza per il 35%) nel ritenere la città rappresenti uno snodo cruciale per incidere sui determinanti della salute, confermando la potenzialità insita nel setting Comune per la promozione e la tutela della salute a livello territoriale.

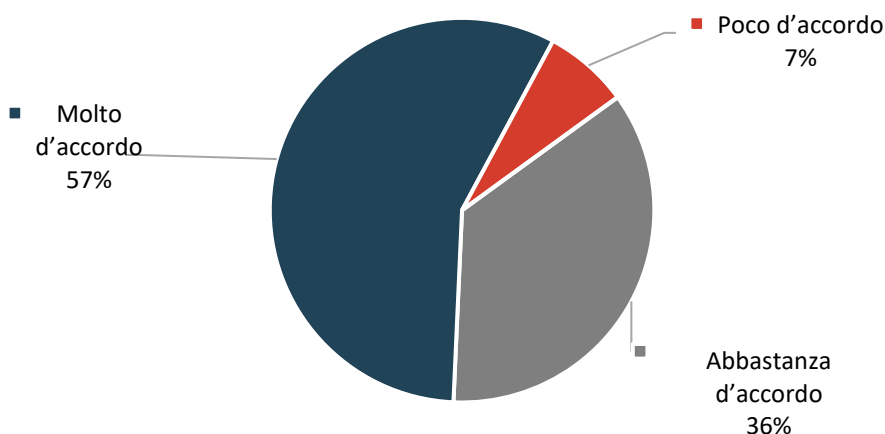


FIGURA 42. "LA CITTÀ È UNO SNODO ESSENZIALE PER INCIDERE SULLA SALUTE, PER PREVENIRE E CONTENERE LE MINACCE ALLA STESSA". LIVELLO DI ACCORDO

Per quanto riguarda la relazione tra prossimità e la salute, il campione si divide in modo eterogeneo offrendo diverse definizioni, in cui emergono i caratteri di capillarità, immediatezza e domiciliarità. Si parla infatti di un sistema di interventi a rete modellato sui bisogni locali; che offra continuità al sostegno sociale e sanitario ai cittadini, e che sia strutturati con professionalità sul territorio. Minore è invece la porzione di intervistati che ritiene l'ottimizzazione del capitale umano e delle risorse del territorio per rispondere ai bisogni socioassistenziali del territorio uno strumento pertinente quando si parla di prossimità.

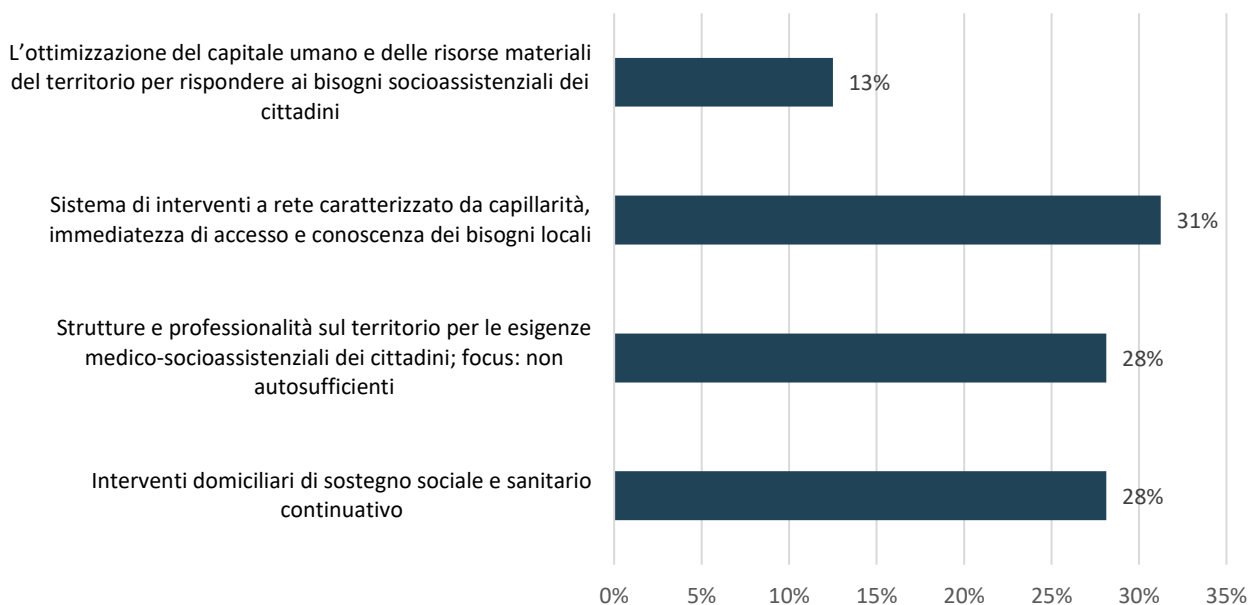


FIGURA 43. POSSIBILI DECLINAZIONI DI "PROSSIMITÀ" IN AMBITO DI SALUTE

LA SALUTE E L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE

Una volta indagato il ruolo delle città come setting centrale per la promozione e la tutela della salute a livello territoriale, e assunte le diverse definizioni del concetto di prossimità, si è inteso dare ai sindaci la possibilità di esprimersi in merito alla concretizzazione di tali assunti, attraverso l'individuazione di obiettivi in relazione alle risorse disponibili, considerata la limitatezza delle stesse.

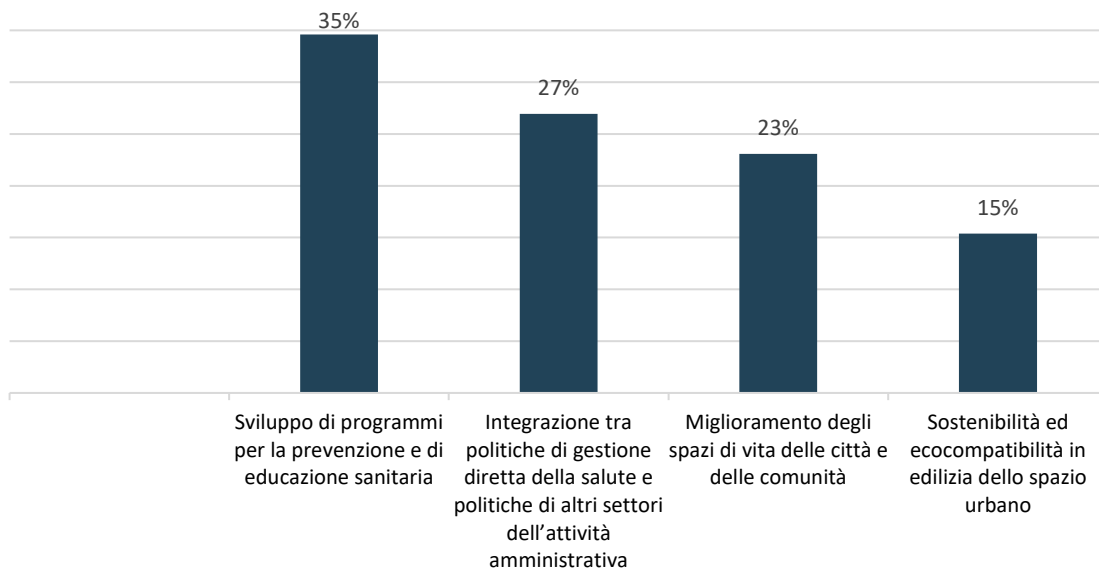


FIGURA 44. OBIETTIVI PRIORITARI PER UNA CITTÀ ATTENTA ALLA SALUTE DATE LE RISORSE LIMITATE DI CUI DISPONE L'AMMINISTRAZIONE COMUNALE

Da quanto emerso, si evidenzia come in prima battuta sia ritenuto essenziale il preventivo sviluppo di programmi per la prevenzione e di educazione sanitaria, che siano però supportati da una necessaria integrazione tra le *policy* di diversi settori dell'amministrazione. Il miglioramento degli spazi cittadini comuni e la valorizzazione dell'edilizia urbana sono fattori rappresentati come importanti, ma non altrettanto che la previa strutturazione di percorsi di indirizzo possibilmente integrati.

Considerato, tuttavia, l'assetto normativo oggi in vigore, nonostante la capacità di individuare obiettivi, i sindaci non ritengono di poter definire con chiarezza assoluta il riparto di competenze e responsabilità spettanti all'amministrazione comunale: il 43% dei rispondenti, infatti, non è in grado di riferirne il perimetro.

Rispetto, poi, alle funzioni amministrative in materia di salute, pur considerato il principio di sussidiarietà, il 79% dei rispondenti ritiene che non siano, di fatto, effettivamente attribuite in primo luogo ai Comuni.

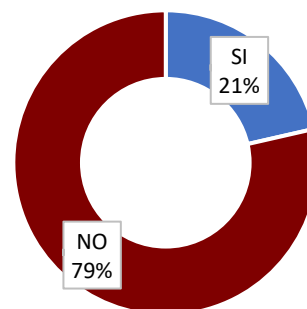


FIGURA 45. LE FUNZIONI AMMINISTRATIVE IN MATERIA DI SALUTE SONO EFFETTIVAMENTE ATTRIBUITE IN PRIMO LUOGO AI COMUNI

Il limite normativo corrisponde anche a un limite di risorse economiche e strutturali, delle quali si è comunque voluto tener conto chiedendo quale percentuale delle stesse l'amministrazione comunale destinerebbe al comparto salute. La maggioranza dei rispondenti è propensa ad allocare un range di spesa che varia dal 5 al 20%.

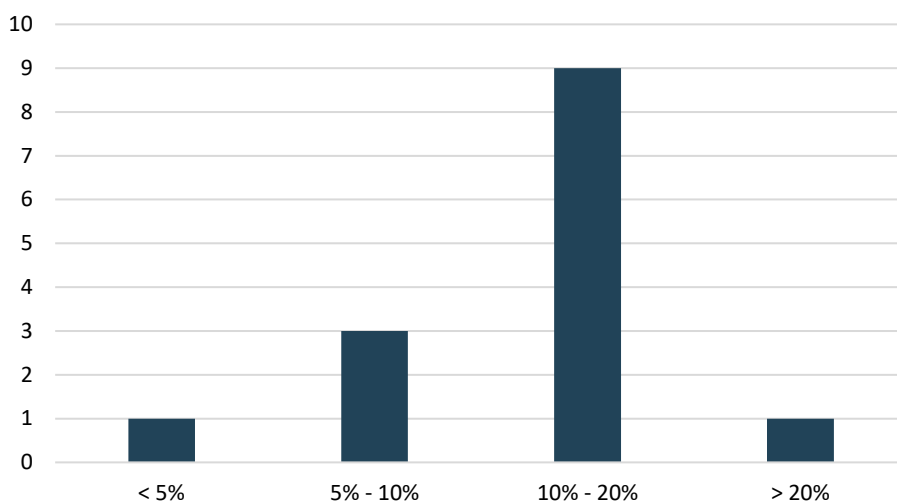


FIGURA 46. CONSIDERATE LE RISORSE CHE UN COMUNE PUÒ IMPEGNARE IN AUTONOMIA, IPOTETICA ALLOCAZIONE PER L'AMBITO SALUTE

Rispetto, invece, alle attività di promozione della salute che si ritiene potrebbero essere affidate ai Comuni, i sindaci mostrano una propensione a interventi di indirizzo (anche compartecipati da altre istituzioni), di pianificazione urbana e di informazione in termini di prevenzione, mentre attività di indagine e monitoraggio sono lasciate a un piano secondario, tanto quanto l'attenzione alla mobilità cittadina.

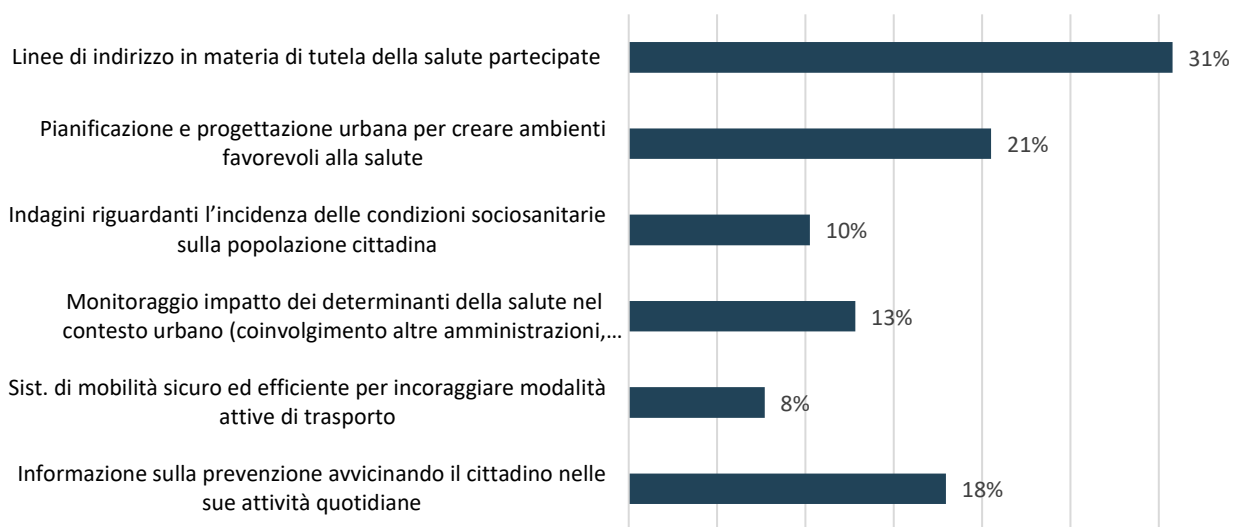


FIGURA 47. ATTIVITÀ DI PROMOZIONE ALLA SALUTE CHE DOVREBBERO ESSERE DI COMPETENZA COMUNALE

Rispetto alla possibilità di attuare strumenti volti alla prossimità al cittadino, pur non mostrando una netta propensione per un significato univoco del concetto, alla domanda su quali siano i possibili strumenti per declinarne sul territorio la sua applicazione nell'ambito della salute, i rispondenti considerano assolutamente rilevanti un'organizzazione a rete tra enti locali, terzo settore, volontariato e la collaborazione con le aziende sanitarie, oltre che figure professionali specializzate che possano operare direttamente a contatto con la comunità. Viene anche sottolineato il valore della digitalizzazione mentre altri mezzi – quali il coinvolgimento

della cittadinanza, la presenza di consulenti esperti in ambito sanitario nelle amministrazioni, l'attivazione di presidi come case della salute e consultori – non sono nemmeno stati opzionati.

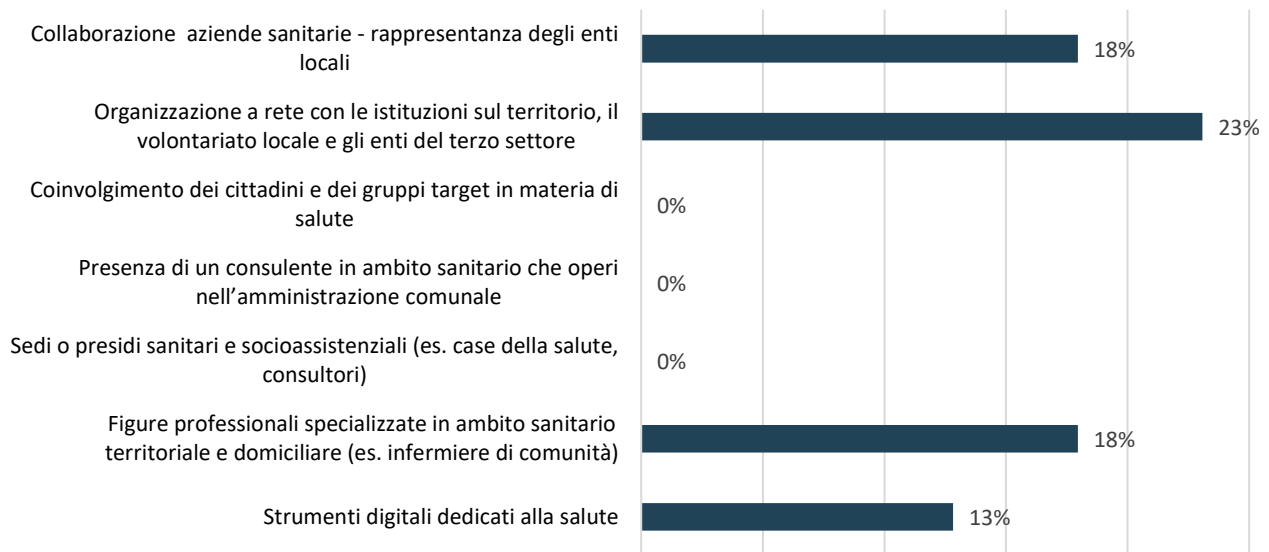


FIGURA 48. POSSIBILI STRUMENTI PER DECLINARE SUL TERRITORIO LA PROSSIMITÀ AL CITTADINO IN TEMA DI SALUTE

A prescindere, tuttavia, da quelle che possono essere le delimitazioni normative di tipo funzionale e da quanto un Comune può, in concreto, porre in essere con le risorse di cui dispone, nella percezione collettiva, il primo cittadino è ritenuto, secondo la maggioranza dei rispondenti, una delle autorità a cui rivolgersi per i bisogni di salute, sebbene in parte questo fattore sia stato influenzato dal ruolo svolto durante la pandemia.

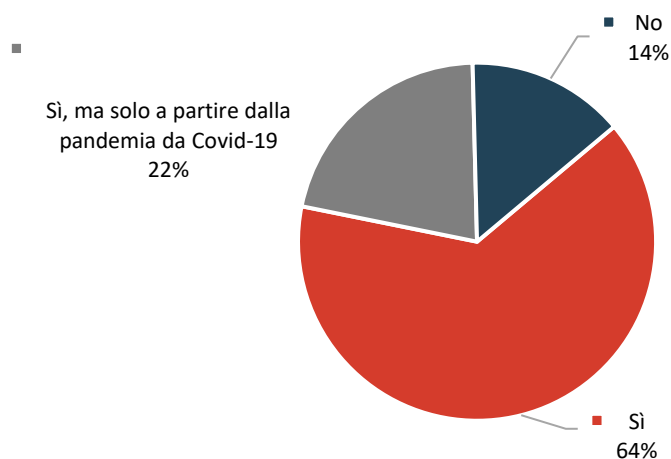


FIGURA 49. SINDACO COME UNA DELLE AUTORITÀ A CUI I CITTADINI SI RIVOLGONO PER I PROPRI BISOGNI IN TEMA DI SALUTE

Proprio rispetto alla gestione dell'emergenza pandemica, è stato domandato ai sindaci quali misure siano state adottate dall'amministrazione e, di queste, quali sia utile mantenere in futuro. Non sorprende che la prima opzione sia rappresentata dalla strutturazione di interventi emergenziali pluri-istituzionali, come le Centrali Operative Comunali che, inoltre, si reputa necessario mettere regolarmente a sistema.

Gli altri strumenti maggiormente implementati e valutati come validi anche per il futuro sono le reti dei servizi di assistenza, gli strumenti digitali nelle istituzioni locali e in parte anche l'adozione di sistemi gestionali informatizzati per la condivisione di informazioni.

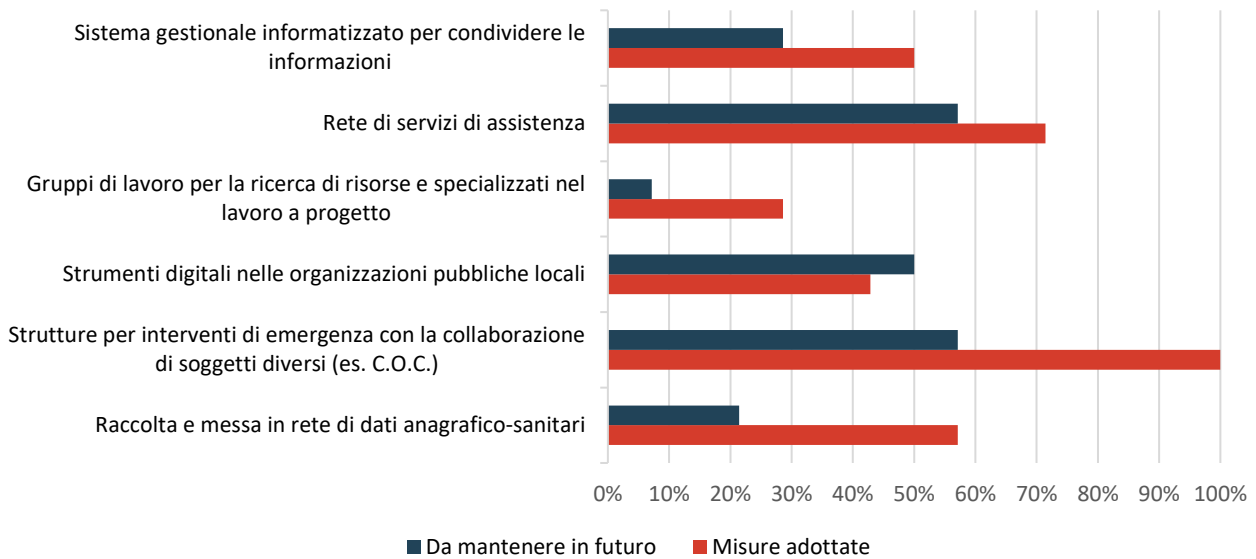


FIGURA 50. MISURE/STRATEGIE DI TUTELA DELLA SALUTE PER IL CONTRASTO ALLA PANDEMIA: ADOTTATE E DA MANTENERE IN FUTURO

Al contrario, i gruppi di lavoro per la ricerca di risorse e specializzati in progettualità paiono di scarsa rilevanza come, pur a fronte di un'attivazione in fase pandemica, non sembra che si propenda per l'implementazione di sistemi di raccolta dati anagrafico-sanitari.

IL COLLEGAMENTO TRA COMUNE, SCUOLA E SERVIZI PER LA SALUTE

Approfondendo il concetto di rete e interconnessione tra diversi enti operanti a livello locale, si è domandato ai sindaci se nel loro territorio esistessero già collaborazioni strutturate con la scuola e i servizi sanitari, ottenendo per lo più risposte in senso positivo 64%, sebbene in gran parte con rapporti di tipo prettamente informale; è comunque rilevante il dato dell'assenza totale di reti di questo genere per il 36% dei rispondenti.

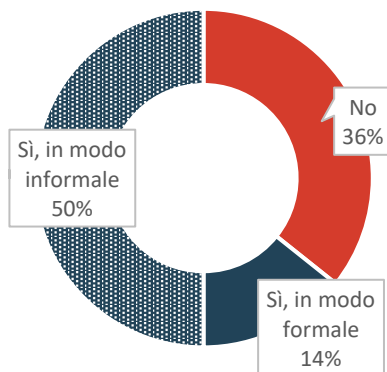


FIGURA 51. ESISTENZA RETE STRUTTURATA COMUNE – SCUOLA - SERVIZI SANITARI

In relazione a questo tema, è stata, inoltre, approfondita l'importanza da attribuirsi

- alla rete stessa, a prescindere dalla sua esistenza o meno;
- a figure professionali sul territorio che siano riferimento per le scuole in ambito sociale e sanitario;
- a figure professionali sanitarie di raccordo tra scuola e medicina territoriale nelle attività di prevenzione e nella presa in carico delle emergenze degli studenti.

In nessun caso i sindaci si sono espressi in termini di scarsa o assente utilità, riconoscendo valore a ognuna delle opzioni proposte.

L'INFLUENZA STAGIONALE

Per quel che attiene all'influenza stagionale, si è domandato ai sindaci quanto ritengano che la stessa possa riflettersi sul livello di salute dei cittadini del comune amministrato: senza toccare alcun picco, la risposta preponderante si attesta su una percezione dell'impatto non particolarmente elevata, ma abbastanza (79%) o poco incisivo (21%).

Tale percezione pare in netto contrasto rispetto alla stima che i rispondenti fanno del costo sociale indiretto annuale dell'influenza nel nostro Paese: la maggioranza propende correttamente per cifre elevate, con un 50% che indica un range di costo superiore al milione di euro.

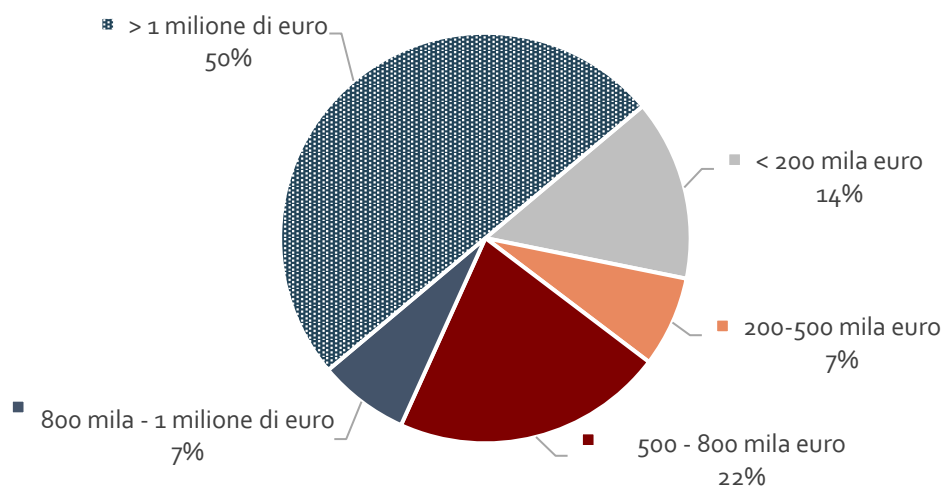


FIGURA 52. INFLUENZA STAGIONALE: STIMA DEL COSTO SOCIALE INDIRETTO ANNUALE NEL NOSTRO PAESE

Infine, si è inteso indagare, in termini di utilità per la cittadinanza, l'opportunità della collaborazione del comune con enti sanitari per campagne di vaccinazione antinfluenzale sia dirette alla popolazione, sia pediatrica: in entrambi i casi l'opzione viene considerata interessante e vantaggiosa.

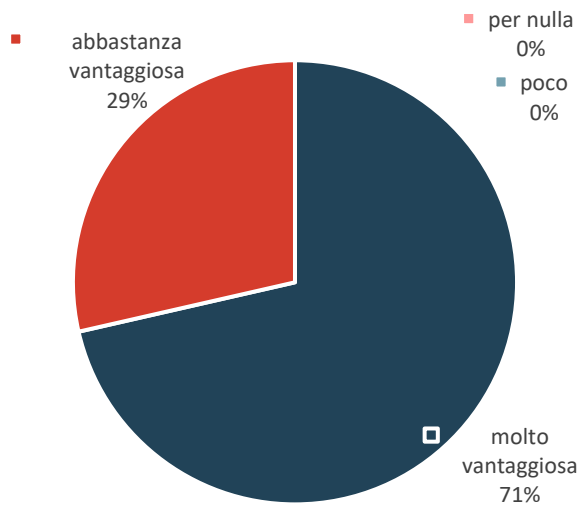


FIGURA 53. IPOTESI DI COLLABORAZIONE CON GLI ENTI SANITARI PER UNA CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE

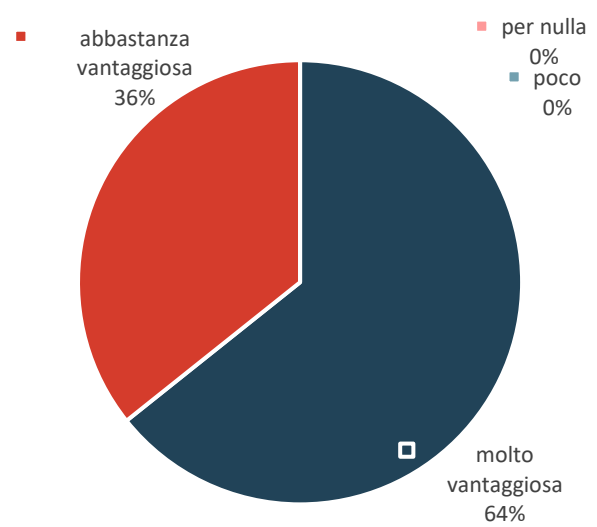


FIGURA 54. IPOTESI DI CAMPAGNA DI VACCINAZIONE ANTINFLUENZALE PEDIATRICA

IL PERIMETRO DI RIFERIMENTO: LA MEDICINA SCOLASTICA

BREVE STORIA DELLA MEDICINA SCOLASTICA IN ITALIA

La medicina scolastica è stata istituita in Italia tramite due decreti presidenziali, risalenti al 1961 e al 1967¹⁴, tutt'ora vigenti in quanto non abrogati dalla successiva legge di istituzione del Servizio Sanitario Nazionale del 1978¹⁵; dunque, almeno a livello teorico, l'istituto è ancora materia "attuabile" e declinabile secondo i nuovi bisogni della società.

Le prestazioni sanitarie di medicina preventiva e di urgenza nell'ambito dei servizi di medicina scolastica dovevano essere svolte in ambulatori ricavati nello stesso edificio scolastico con un medico scolastico che provvedeva a:

- visitare in via preliminare tutti gli alunni all'inizio dell'anno scolastico;
- visitarli almeno una volta durante l'anno per controllarne lo sviluppo psico-fisico;
- individuare alunni che necessitavano di più approfonditi accertamenti, avviandoli a eventuali visite specialistiche;
- collaborare con i dirigenti scolastici, con gli insegnanti, con le famiglie e con i centri medico-psico-pedagogici.

La medicina scolastica, nella sua originaria accezione, così come prevista dai sopracitati decreti, ha perso nel tempo contenuti e funzioni molto rilevanti, ricevendo peraltro un'applicazione diversificata a livello locale.

La medicina scolastica a livello locale: il sistema sanitario regionale Liguria

Il Servizio di Medicina Scolastica dell'Asl4¹⁶ è composto da due medici, ossia un pediatra e un igienista, e da due assistenti sanitari. Si occupa di educazione sanitaria, promozione della salute, prevenzione primaria e secondaria dai servizi per la prima infanzia agli istituti secondari di II grado. Nel corso degli anni, l'attività del medico scolastico si è modificata, focalizzandosi sempre più sugli interventi preventivi nel campo degli stili di vita salutari, sulla gestione scolastica degli studenti con problemi sanitari specifici (es. somministrazione di farmaci, patologie croniche, malattie infettive), in collaborazione con i medici curanti e i pediatri, i centri di diagnosi e cura, la struttura di profilassi delle malattie infettive e le altre strutture aziendali competenti. Gli operatori sanitari supportano gli insegnanti anche nell'individuazione delle situazioni di disagio degli alunni e delle famiglie, in stretto raccordo con i servizi sociali e le figure istituzionali di riferimento. Infine, il servizio fornisce consulenza alle scuole e ai comuni per l'elaborazione dei menu scolastici salutari.

Recentemente, per dare una risposta efficace ai bisogni di salute dei cittadini, è emersa l'opportunità di rivalutare la medicina scolastica come istituto addetto della promozione della salute, inserito in una rete territoriale di assistenza sociosanitaria, con il coinvolgimento del *setting*¹⁷ Scuola e del *setting* Comune.

¹⁴ DPR 11 Febbraio 1961, n. 264 e 22 Dicembre 1967, n. 1518.

¹⁵ Legge 833/1978 di Istituzione del Servizio Sanitario Nazionale.

¹⁶ Il Servizio di Medicina Scolastica dell'Asl4 fa parte della Struttura Complessa di Igiene e Sanità Pubblica, Dipartimento di Prevenzione <http://www.asl4.liguria.it/territorio/prevenzione/igiene-sanita-pubblica/medicina-scolastica/>

¹⁷ Il Piano Nazionale Prevenzione 2020-2025 definisce il *setting* come "il luogo o il contesto nel quale è più facile raggiungere individui e gruppi prioritari per promuovere la salute e realizzare interventi di prevenzione. Nel contempo, il *setting* costituisce esso stesso il bersaglio dei cambiamenti da implementare sugli ambienti, sulle organizzazioni, sui centri di responsabilità." Concretamente, per

Riparlare di medicina scolastica oggi significa innovare l'istituto secondo declinazioni che si adattino alle caratteristiche territoriali del Paese; al contrario, riproporre l'istituto nei suoi termini iniziali genererebbe una duplicazione di servizi, sovrapponendosi alle figure del pediatra di libera scelta e del medico di medicina generale, che già assicurano a livello locale la presa in carico degli assistiti.

Il nuovo medico scolastico potrebbe invece essere una figura di raccordo tra scuola, famiglie e medicina del territorio per rafforzare la prevenzione, il monitoraggio di salute e la formazione degli studenti alle tematiche sanitarie. Fatta a scuola, la promozione della salute¹⁸ 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 salute¹⁹ 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.

Il personale dei servizi sanitari scolastici, un'ipotesi per il futuro

Infermiere, consulente scolastico, psicologo, operatore sociale, medico, assistente sanitario. A questo elenco si possono aggiungere ulteriori figure professionali, che siano direttamente inserite nei servizi sanitari scolastici o ad essi collegate, per rispondere ai molteplici bisogni di salute degli studenti, ad esempio gli specialisti. In questo contesto, una figura di riferimento può coordinare la collaborazione con i servizi sanitari territoriali, come pediatri di libera scelta, medici di medicina generale e infermieri di comunità²⁰ che già seguono gli studenti. Inoltre, alla luce delle indicazioni fornite dal PNRR²¹ in merito alla riorganizzazione della medicina del territorio, sarebbe utile valutare in che modo inserire e coinvolgere eventualmente la medicina scolastica, come istituto di prossimità per la tutela della salute, all'interno di una rete di assistenza territoriale basata su strutture intermedie e presidi territoriali (come le Case della Comunità e gli Ospedali di Comunità), l'assistenza domiciliare, lo sviluppo della telemedicina e l'integrazione tra i servizi sociosanitari.

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.

¹⁸ Il concetto di Scuola come presidio di promozione della salute è stato originariamente coniato dal progetto *Schools for Health in Europe* (SHE) nato nel 1998 e cofinanziato dal programma salute dell'Unione Europea <https://www.schoolsforhealth.org/concepts>

¹⁹ Per determinanti di salute si intendono i fattori che influenzano lo stato di salute di un individuo e, per estensione, di una comunità. Possono essere raggruppati in categorie: comportamenti personali e stili di vita; fattori sociali; condizioni di vita e di lavoro; accesso ai servizi sanitari; condizioni socioeconomiche, culturali, ambientali; fattori genetici.

²⁰ La figura dell'infermiere di comunità è stata definita e introdotta dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2000 con la pubblicazione del documento *"The family health nurse context, conceptual framework and curriculum"*. Si tratta di un infermiere professionista, che affianca pazienti e famiglie a domicilio o a livello ambulatoriale non solo con riferimento alle patologie in corso, ma anche nella prevenzione e del miglioramento dello stile di vita. L'infermiere di comunità collabora con le figure presenti sul territorio, come medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, operatori sociali, ricoprendo anche un ruolo sociale, segnalando situazioni di difficoltà o di indigenza agli uffici competenti. In Italia la figura dell'infermiere di comunità è presente in diverse realtà locali; in concomitanza con l'emergenza pandemica, con l'obiettivo di rinforzare la medicina territoriale, il [Decreto Rilancio](#) ha previsto l'investimento di fondi per l'assunzione di 9600 infermieri di comunità.

²¹ Piano Nazionale di Ripresa e Resilienza, <https://www.governo.it/sites/governo.it/files/PNRR.pdf>, 5 maggio 2021.

LA MEDICINA SCOLASTICA: UN QUADRO INTERNAZIONALE

Al fine di meglio comprendere il ruolo e lo scopo della medicina scolastica, è interessante fare una sintetica panoramica rispetto ad alcune forme dell'istituto, così come realizzate in diverse realtà del quadro internazionale.

IL MODELLO STATUNITENSE

Negli Stati Uniti, gli obiettivi dei settori dell'istruzione e della salute pubblica si sono allineati nel modello *Whole School, Whole Community, Whole Child (WSCC)*²², un *framework* del *Center for Disease Control and Prevention* per promuovere la salute nelle scuole. Tra le componenti²³ del modello, i servizi sanitari scolastici (*School Health Services, SHS*) si occupano della salute degli studenti, fornendo anche le cure di primo soccorso in caso di emergenza e assicurando la gestione delle patologie croniche. I servizi sanitari scolastici garantiscono inoltre l'accesso al centro medico di riferimento o al fornitore di assistenza privata e mettono in collegamento il personale scolastico, gli studenti, le famiglie e la comunità. Le principali figure professionali attive nei servizi sanitari scolastici negli Stati Uniti sono professionisti qualificati come infermieri scolastici, infermieri professionali, dentisti, educatori sanitari, medici, assistenti medici e personale sanitario ausiliario.

L'infermiere scolastico

La figura dell'infermiere scolastico, istituita nel secolo scorso per supportare i risultati accademici degli studenti promuovendo la frequenza scolastica, è ormai una realtà consolidata negli Stati Uniti.

La prima infermiera scolastica negli Stati Uniti: Lina Rogers

Nella New York del 1902, viene nominata la prima infermiera scolastica, Lina Rogers, incaricata di occuparsi della salute degli studenti di quattro scuole della zona. Con il suo operato riesce a ridurre significativamente l'assenteismo degli studenti dovuto al diffondersi di malattie infettive, tanto da portare, nell'anno successivo, all'assunzione di 12 nuovi infermieri scolastici. In un solo anno, grazie al loro contributo, l'assenteismo scolastico dovuto a motivi di salute cala del 99%.

Nel corso del tempo il ruolo dell'infermiere scolastico si è evoluto comprendendo sempre più ambiti di intervento rilevanti, tanto che, nel 2016 l'*American Academy of Pediatrics* ha raccomandato con una dichiarazione politica che le scuole avessero almeno un infermiere scolastico registrato a tempo pieno disponibile per i bisogni di salute degli studenti. Attualmente, l'infermiere scolastico, avendo accesso a un grande numero di studenti, non solo promuove la salute dei singoli, ma anche dell'intera popolazione, occupandosi di compiti quali:

²² Il modello è centrato sullo studente ed enfatizza il ruolo della comunità, le connessioni tra salute e successo accademico e l'importanza di politiche e pratiche basate sull'evidenza [Whole School, Whole Community, Whole Child \(WSCC\) | Healthy Schools | CDC](#)

²³ Il modello *WSCC* consiste di dieci componenti: educazione e attività fisica; ambiente e servizi per la nutrizione; educazione sanitaria; clima sociale ed emotivo; ambiente fisico; servizi sanitari; servizi di consulenza, psicologici e sociali; benessere dei dipendenti; coinvolgimento della comunità, *engagement* della famiglia.

- la prevenzione e la promozione di stili di vita sani²⁴ (es. alimentazione, abuso di sostanze), lo *screening* sanitario²⁵ degli studenti, l'immunizzazione²⁶, la segnalazione di malattie infettive;
- la gestione delle malattie croniche degli studenti (es. asma, diabete), la somministrazione di farmaci e terapie, la preparazione dei docenti e degli studenti alle eventuali emergenze;
- la valutazione della salute comportamentale degli studenti, l'educazione sanitaria nel corso dell'età evolutiva, la promozione della salute e della sicurezza nel contesto scolastico (es. ambiente salubre)²⁷.

Nell'esercizio di queste funzioni, l'infermiere scolastico collabora attivamente con le famiglie, lo *staff* scolastico, i fornitori di servizi sociali e di assistenza sanitaria della comunità, facilitando la comunicazione e favorendo il coordinamento delle cure. Contemporaneamente, i centri sanitari scolastici (*school-based health centers*, SBHC)²⁸, cliniche di assistenza primaria basate nelle scuole, completano i servizi forniti dagli infermieri scolastici assicurando continuità tra diagnosi e cura.

IL QUADRO EUROPEO

La maggior parte dei paesi europei ha implementato delle forme di *school health services* per assicurare l'assistenza sanitaria e la presa in carico dei giovani studenti: è questo ciò che emerge da uno studio comparato sul ruolo dei servizi sanitari scolastici in 30 paesi europei²⁹.

Il framework dell'OMS

L'ufficio regionale per l'Europa dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha elaborato nel 2014 un framework³⁰ sugli standard di qualità dei servizi sanitari scolastici e sulle competenze dei professionisti della salute presenti o collegati alla scuola. Tra i principali standard troviamo:

- la presenza di un quadro normativo nazionale o regionale che includa i ministeri della salute e dell'istruzione;

²⁴Ad esempio, collaborando con il personale della mensa scolastica e con l'amministrazione, l'infermiere scolastico può fornire indicazioni per elaborare menù e spuntini sani.

²⁵ Per esempio, gli infermieri scolastici effettuano screening della vista, dell'udito e di obesità, principalmente attraverso il calcolo e il monitoraggio del BMI, *body mass indicator*, l'indice più utilizzato per ottenere una valutazione generale del peso corporeo.

²⁶ Le scuole possono collaborare con le agenzie di salute pubblica e con i centri medici di riferimento per facilitare l'accesso ai vaccini o per distribuirli. Gli infermieri scolastici possono migliorare l'adozione del vaccino tra gli studenti e del personale fornendo informazioni accurate sui vaccini e ricordando i programmi di immunizzazione. La presenza di infermieri scolastici nelle scuole è correlata a un minor numero di esenzioni dall'immunizzazione nelle scuole. Salmon D.A., Omer S.B., Moulton L.H., et al. Exemptions to school immunization requirements: the role of school level requirements, policies, and procedures. *Am. J. Public Health*. 2005. [Exemptions to School Immunization Requirements: The Role of School-Level Requirements, Policies, and Procedures \(nih.gov\)](#)

²⁷ L'infermiere scolastico è preparato per gestire avvenimenti avversi di larga portata, come emergenze ambientali e crimini violenti. National Association of School Nurses, Emergency Preparedness and Response in the School Setting-the role of the school nurse. Tuck C.M., Haynie K., Davis C. 2011. [Microsoft Word - 14-Emergency Preparedness Approved 6-26-14.doc](#)

²⁸ I centri sanitari scolastici (SBHC) forniscono una combinazione di cure primarie, cure di salute mentale, consulenza sull'abuso di sostanze, educazione alimentare, educazione sanitaria e promozione della salute. Un'enfasi è posta sulla prevenzione e sull'intervento precoce. I centri sanitari scolastici generalmente operano come una partnership tra il distretto scolastico e un'organizzazione sanitaria della comunità, come un centro sanitario comunitario, un ospedale o il dipartimento sanitario locale. I servizi specifici forniti dai centri sanitari scolastici variano in base ai bisogni e alle risorse della comunità, determinati attraverso la collaborazione tra la comunità, il distretto scolastico e i fornitori di assistenza sanitaria. [School-Based Health Centers | Official web site of the U.S. Health Resources & Services Administration \(hrsa.gov\)](#)

²⁹ Jansen, D., Vervoort, J.P.M., Visser, A., Reijneveld, S.A., Kocken, P., de Lijster, G. and Michaud, P.-A. "School Health Services", Blair, M., Rigby, M. and Alexander, D. (Ed.) *Issues and Opportunities in Primary Health Care for Children in Europe*, Emerald Publishing Limited, Bingley, 2009. [School Health Services | Emerald Insight](#)

³⁰ World Health Organisation Regional Office for Europe, EUSUHM (European Union for School and University Health and Medicine), *European framework for quality standards in school health services and competences for school health professional*, 2014. [European framework for quality standards in school health services and competences for school health professionals \(who.int\)](#)

- la collaborazione tra i servizi sanitari scolastici, gli insegnanti, l'amministrazione scolastica, i genitori e gli studenti, gli attori della comunità locale, tra cui i fornitori di assistenza sanitaria definendo chiaramente le responsabilità;
- la determinazione dei compiti del personale dei servizi scolastici, che deve avere competenze adeguate;
- un pacchetto di servizi basati sulle priorità di salute pubblica e su protocolli e linee guida evidence-based³¹.

La maggior parte dei servizi sanitari scolastici europei si occupa della promozione di stili di vita salutari, privilegiando temi come l'attività fisica, l'alimentazione sana e la lotta all'abuso di sostanze. Dal punto di vista organizzativo, i servizi sanitari scolastici possono essere *school-based*, cioè presenti nelle scuole, distinti dalle scuole oppure offerti dal sistema di assistenza primaria (*primary care*). Le figure professionali coinvolte sono principalmente infermieri scolastici, medici scolastici, psicologi, operatori sociali, dentisti, fisioterapisti, assistenti sanitari e personale sanitario di supporto. I compiti dei servizi sanitari scolastici sono trasversali e complessi; per questo motivo, in molti casi è prevista la collaborazione con i soggetti della comunità e tra figure professionali che riuniscano competenze e discipline diverse.

A partire da alcuni indicatori essenziali, sono stati presi in considerazione i servizi sanitari scolastici così come strutturati in cinque paesi europei, rappresentanti rispettivamente dell'area geografica mediterranea (Italia), continentale (Francia), nordica (Svezia) e anglosassone (Irlanda).

PAESE	ORGANIZZAZIONE DEL SISTEMA DI SERVIZI SANITARI SCOLASTICI	FIGURE PROFESSIONALI	LAVORO DI GRUPPO	RUOLO DI COLLEGAMENTO	LOCALE DISPONIBILE NELL'EDIFICIO SCOLASTICO
Italia	Distinta/Primary Care	Medico scolastico; Altro	Si	Insegnanti; Genitori; Servizi sanitari; Servizi sociali	No
Francia	School-based/Primary Care	Infermiere scolastico Medico scolastico; Altro	Si	Insegnanti; Genitori; Servizi sanitari; Servizi sociali	No
Svezia	School-based	Infermiere scolastico; Medico scolastico; Psicologo; Operatore sociale	No	Insegnanti	Si
Irlanda	Distinta, Primary Care	Infermiere scolastico; Medico scolastico; Dentista	Si	Insegnanti; Genitori; Servizi sanitari	Si

TABELLA 3. INDICATORI ESSENZIALI DEI SERVIZI SANITARI SCOLASTICI EUROPEI. NOSTRA RIELABORAZIONE E TRADUZIONE DA JANSEN, D., VERVOORT, J.P.M., VISSER, A., REIJNEVELD, S.A., KOCKEN, P., DE LIJSTER, G. AND MICHAUD, P.-A. (2019), "SCHOOL HEALTH SERVICES", BLAIR, M., RIGBY, M. AND ALEXANDER, D. (ED.) ISSUES AND OPPORTUNITIES IN PRIMARY HEALTH CARE FOR CHILDREN IN EUROPE, EMERALD PUBLISHING LIMITED, BINGLEY, PP. 219-236

³¹ Per *evidence-based* si intende un approccio interdisciplinare alla pratica clinica, per cui le decisioni devono essere prese sulla base di studi di ricerca che considerano aspetti quantitativi e di efficacia.

Per rispondere alla necessità di creare un progetto globale per la tutela della salute degli studenti, in Spagna è stata inserita nell'organico scolastico la figura dell'infermiere scolastico, master universitario conseguibile dopo la laurea quadriennale.

LA MEDICINA SCOLASTICA: EVIDENZE

Dal punto di vista di un'analisi dei benefici, sono diversi gli studi che supportano la necessità di implementare forme di medicina scolastica per migliorare lo stato di salute degli studenti e della collettività. In sintesi, infatti, introdurre servizi sanitari all'interno dell'istituto scolastico o a esso collegati, significa:

- raggiungere una porzione significativa di popolazione, con la conseguente possibilità di influenzare positivamente la salute degli studenti e della comunità.
- Eliminare le eventuali barriere nell'accesso all'assistenza sanitaria, avvicinandola agli studenti, garantendo equità ed efficienza delle cure.
- Garantire le condizioni necessarie affinché gli studenti possano ottenere risultati positivi sia in termini accademici che di salute, soprattutto per quanti provengono da situazioni di fragilità o svantaggio.
- Supportare gli studenti affetti da patologie croniche, dando piena applicazione al diritto allo studio e alla salute, promuovendo la frequenza scolastica e l'integrazione con i coetanei.

LA RELAZIONE TRA SALUTE E APPRENDIMENTO

Per comprendere i vantaggi legati alla medicina scolastica, si può pensare al legame esistente tra benessere, salute ed efficacia nell'apprendimento scolastico. Infatti, secondo uno studio dell'*American Academy of Pediatrics*³², c'è una correlazione tra esiti clinici negativi degli studenti e risultati accademici insufficienti o dispersione scolastica, e tale legame si acuisce in coloro che sono affetti da patologie croniche, in quanto più facilmente inclini, in assenza di un personale sanitario formato, ad assentarsi da scuola in occasione della periodica somministrazione delle terapie o di situazioni sanitarie critiche. Lo studio evidenzia infatti che sono proprio le problematiche di salute a contribuire significativamente all'assenteismo cronico, inteso come l'assenza per qualsiasi motivo dal 10% o più dei giorni di scuola, un fattore determinante nel completamento del ciclo scolastico. A tal proposito, si è dimostrato che la presenza di servizi sanitari nelle scuole con personale formato riduce l'assenteismo scolastico³³ evitando, ad esempio, che studenti siano mandati a casa o al pronto soccorso inutilmente, e alleggerisce i docenti di un compito così oneroso e di responsabilità. In questo contesto, migliorare la frequenza scolastica e aumentare i tassi di rientro a scuola, attraverso la prevenzione, l'educazione sanitaria e il riconoscimento precoce dei processi patologici, risultano priorità fondamentali della medicina scolastica.

³²American Academy of Pediatrics council on school health. Role of the School Nurse in Providing School Health Services. Pediatrics. 2016. [Role of the School Nurse in Providing School Health Services \(aappublications.org\)](https://aappublications.org)

³³ Negli studenti visitati dall'infermiera scolastica per malattia o infortunio, il 95% è stato in grado di tornare in classe.

LA MEDICINA SCOLASTICA E LE PATOLOGIE CRONICHE

Sarebbe importante che la scuola potesse offrire un valido supporto agli studenti con malattie croniche, facilitando la comunicazione con la comunità, e migliorando l'accesso alle cure negli ambienti scolastici, la *compliance* terapeutica³⁴ e la gestione completa delle cronicità attraverso piani specifici e strategie educazionali. Sono queste alcune delle tesi supportate da uno studio condotto sul ruolo dei servizi sanitari scolastici nel trattare i bisogni degli studenti con patologie croniche³⁵. L'indagine dimostra che l'accesso diretto all'assistenza infermieristica scolastica e ad altri servizi sanitari, così come l'educazione sulla patologia, ha migliorato la salute e i risultati accademici tra gli studenti affetti da patologie croniche. Sono stati infatti individuati migliori esiti clinici, un aumento dell'aderenza terapeutica³⁶ e del rendimento scolastico degli studenti nelle scuole materne, elementari e superiore e, infine, un ricorso appropriato alle cure sanitarie, con una riduzione del numero di ospedalizzazioni per emergenze. Allo stesso modo, implementando servizi sanitari scolastici, gli studenti affetti da patologie croniche possono vivere l'esperienza scolastica, sportiva, relazionale e sociale al pari dei loro coetanei, riducendo l'assenteismo, che è legato a voti più bassi e a risultati negativi in termini di adattamento psicologico, sociale ed educativo³⁷.

Diabete a scuola: il percorso per la salute dei bambini e ragazzi

La Federazione Diabete Giovanile (FDG) ha sottoscritto un accordo³⁸ con la Federazione Nazionale degli Ordini Professionali degli infermieri (FNOPI), perché nell'ambiente scolastico sia garantita la necessaria assistenza sociosanitaria e la corretta informazione e sensibilizzazione sul diabete di tipo 1³⁹. Nello specifico, il protocollo si occupa delle problematiche legate alla gestione della patologia a scuola, come insulina e somministrazione di farmaci, sia dal punto di vista della responsabilità dei docenti, sia per la sicurezza della salute dei discenti. Il protocollo prevede inoltre l'allestimento di locali scolastici idonei all'uso, valutati dalle strutture sanitarie competenti, al fine di assicurare la giusta assistenza e l'inserimento, nel calendario delle attività scolastiche, di eventi formativi specifici per favorire conoscenza e consapevolezza sulla gestione delle patologie croniche.

³⁴ In medicina, il termine inglese *compliance* (acquiescenza) indica il grado con cui il paziente agisce in accordo con le prescrizioni mediche, siano esse farmacologiche o non farmacologiche. Oltre alla *compliance* terapeutica, risultano rilevanti la *concordance* (concordanza), che sottolinea, oltre al ruolo dell'operatore sanitario, quello del paziente come parte attiva della terapia, e l'*adherence* (aderenza), intesa come costante osservanza del paziente al regime terapeutico.

³⁵ Leroy Z.C, Wallin R. & Lee S., The role of school health services in addressing the needs of students with chronic health conditions: a systematic review. The Journal of School Nursing, 2017. [The Role of School Health Services in Addressing the Needs of Students With Chronic Health Conditions: A Systematic Review \(nih.gov\)](https://doi.org/10.1177/0898010117708888)

³⁶ V. nota 20.

³⁷ Moonie S., Sterling D.A., Figgs L.W., Castro M. The relationship between school absence, academic performance, and asthma status. J. Sch. Health. 2008. [The relationship between school absence, academic performance, and asthma status — Research Profiles at Washington University School of Medicine \(wustl.edu\)](https://doi.org/10.1177/0898010108318888)

³⁸ https://www.fnopi.it/archivio_news/attualita/2466/Protocollo%20Diabete%20a%20Scuola.pdf

³⁹ Il diabete di tipo 1 è una malattia di origine autoimmune, causata da un'insufficiente o assente produzione di insulina dovuta ad una sofferenza – e distruzione – di cellule del pancreas deputate a produrre l'ormone insulina. Chi ha il diabete tipo 1 necessita di terapia insulinica che può essere somministrata con iniezioni sottocutanee multiple giornaliere oppure in continuo tramite microinfusore. È necessario, inoltre, eseguire un attento controllo glicemico tramite glucometro e/o sensore continuo, al fine di regolare la dose insulinica e di prevenire o trattare adeguatamente eventuali diminuzioni o aumenti eccessivi della glicemia stessa.

LA SCUOLA COME SETTING VACCINALE

La scuola può avere un ruolo attivo nella prevenzione, per esempio nell'ambito delle vaccinazioni, sia in termini di informazione che in termini di somministrazione del vaccino, configurandosi come potenziale *setting* vaccinale. A titolo di esempio, l'ambiente scolastico potrebbe essere luogo privilegiato per la promozione e la realizzazione di una campagna vaccinale pediatrica antinfluenzale, offrendo vantaggi clinici, sociali ed economici, con ricadute sull'intera comunità.

Infatti, l'influenza, nonostante venga spesso considerata dall'opinione comune una malattia banale, è fonte di danni sanitari e costi sociali onerosi per la popolazione: oltre ai costi diretti per il Sistema Sanitario Nazionale causati dall'assistenza dei soggetti ad alto rischio, costi indiretti dovuti alla perdita di produttività derivano dall'assenteismo lavorativo e/o scolastico indotto dall'infezione influenzale o simil-influenzale⁴⁰. Per questo motivo, la vaccinazione antinfluenzale, rivolta all'età pediatrica, garantisce la protezione individuale ai bambini che ricevono il vaccino e riduce la diffusione del virus nella popolazione in generale, in quanto i bambini giocano un ruolo chiave nella sua trasmissione anche a coloro che possono essere a più alto rischio di complicazioni, come gli anziani.

L'ESPERIENZA DEL REGNO UNITO

Nel Regno Unito⁴¹, paese con la maggiore copertura vaccinale contro l'influenza, la scuola è considerata un luogo fondamentale sia per l'adozione di un programma vaccinale, grazie al rapporto diretto che instaurano con genitori e studenti, sia per la somministrazione dei vaccini, che avviene ad opera del personale sanitario qualificato secondo gli standard stabiliti a livello nazionale, con la modalità spray nasale, che facilita l'organizzazione logistica della campagna. I dati dimostrano che l'assorbimento (*uptake*) del vaccino è più alto nei bambini in età scolare quando i vaccini sono offerti nelle scuole perché questo risulta essere il modo migliore per garantire un facile accesso a tutti i bambini. In aggiunta, nelle scuole primarie, dove il programma è in atto ormai da molti anni, si è osservato un aumento di anno in anno nell'assorbimento del vaccino a mano a mano che il programma viene sempre più accettato e incorporato.

L'ESPERIENZA DI REGIONE LOMBARDIA

Un'esperienza nazionale di attivo coinvolgimento delle scuole nella campagna vaccinale antinfluenzale in età pediatrica è rappresentata dai V-Day (*Vaccination Day*) nelle scuole superiori in Lombardia, durante il febbraio del 2021. Attraverso la collaborazione tra le aziende sociosanitarie del territorio e in accordo con l'Ufficio scolastico territoriale di Milano e Lodi, questa campagna ha offerto l'opportunità di accedere alla vaccinazione antinfluenzale, con modalità spray nasale, per tutti gli studenti minorenni degli istituti scolastici con la maggior popolazione presenti sul territorio.

Sempre nell'ambito della campagna vaccinale 2020-2021, Regione Lombardia, al fine di estendere la copertura vaccinale nella popolazione pediatrica, ha somministrato per la prima volta in Italia il vaccino

⁴⁰ Quando si parla dell'influenza, in termini di sanità, i costi diretti sono quelli imputabili a farmaci, visite mediche, ospedalizzazioni relative alla sindrome influenzale e le sue complicanze. Tra i costi indiretti, si trovano ad esempio le riduzioni di produttività dovute alle giornate di lavoro perse per assistenza sanitaria o alle giornate di scuola perse per malattia.

⁴¹ Il Regno Unito è uno tra i primi paesi ad avere introdotto un programma universale di vaccinazione in età pediatrica per gli anni 2013-2014. Per la stagione influenzale 2021-2022, il programma di vaccinazione antinfluenzale, che già include tutti i bambini della scuola primaria, sarà esteso ad altri bambini della scuola secondaria.

contro l'influenza con la modalità spray nasale⁴². In questo contesto è stato effettuato uno studio⁴³, con lo scopo principale di stimare le reazioni avverse al vaccino, che ha anche raccolto i dati demografici di bambini vaccinati e delle loro famiglie, al fine di valutare l'omogeneità nell'accesso alle cure. Misurando il grado di soddisfazione dei genitori rispetto al vaccino, lo studio evidenzia il ruolo della comunità scolastica come luogo di socializzazione informale tra famiglie, soprattutto per quanto riguarda la comunicazione e l'informazione sulla vaccinazione, che si è basata principalmente, nel campione analizzato, sul passaparola tra genitori, soprattutto dello stesso gruppo classe e poi con il medico di riferimento. Questo dato sottolinea le potenzialità insite nel contesto scolastico per l'educazione sanitaria e vaccinale di studenti e famiglie, nonché l'auspicabilità della creazione di un raccordo tra scuola, famiglie e medici che promuova la chiarezza e l'efficacia della comunicazione in ambito vaccinale.

⁴² Attualmente ci sono due tipi di vaccini contro l'influenza che possono essere utilizzati in età pediatrica: vaccini antinfluenzali inattivati (*Inactivated Influenza Vaccines*, IIVs) e vaccini antinfluenzali vivi attenuati (*Live Attenuated Influenza Vaccines*, LAIVs), il cui utilizzo è approvato in Europa, Stati Uniti, Canada. Nell'ambito della campagna lombarda 2020-2021, è stato utilizzato un vaccino antinfluenzale vivo attenuato quadrivalente nasale.

⁴³ Gasparini C., Acunzo M., Biuso A., Roncaglia S., Migliavacca F., Borriello C.R., Bertolini C., Orenti A., Boracchi P., G.V. Zuccotti, Vaccinazione antinfluenzale in età pediatrica. *Area Pediatrica*, Vol. 22 n.4, 2021.