



# Il modello delle Scuole Promotrici di Salute. La scuola come luogo pedagogico generatore di benessere e apprendimento

## The Health Promoting Schools model. School as a pedagogical setting for generating wellbeing and learning

Patrizia Garista

INDIRE -Istituto Nazionale di Documentazione,  
Innovazione e Ricerca Educativa  
p.garista@indire.it

### ABSTRACT

The present paper problematizes and reflects on the health promoting school model in the Italian context, following its successful development throughout Europe. Beginning with Massa's statement and provocation on prevention activities in school as a sort of alibi for the missing innovation in didactic practices, health promotion boundaries have been traced. Wellbeing and learning are discussed in three areas: schoolwork and organization, curriculum, and partnership. The Health Promoting Schools framework is grounded in epistemologies recognized and argued within a pedagogical scholarship. More specifically we refer to the capability approach and to critical pedagogy. The salutogenic model and the whole school approach place themselves in this framework, guided by salutogenic and positive factors which are health promoting in the school setting. Salutogenesis emphasises the positive role of experiential learning and meaning-making as processes capable of enabling people to recognize and use resources. The action-research for translating the health promoting school in Italy, developed in the Umbria Region, will be discussed as a case example to thoroughly investigate strengths and weaknesses of the model. Nowadays, the school system is going through an evolving process. The paper describes how wellness and learning are strictly connected and how taking care of both could become a way of adding quality of life and effectiveness to a successful transformation and innovation of the school system.

Il presente contributo descrive, tematizza e problematizza il modello dell'Health Promoting Schools, nato e sviluppato in Europa, nel contesto italiano. A partire da una provocazione di Massa sulla prevenzione nel contesto scuola e sul suo essere stata, inconsapevolmente, un alibi per la mancata trasformazione dei processi di insegnamento e apprendimento, si stabiliscono i confini della promozione del benessere in riferimento a diverse aree di intervento: il lavoro scolastico e la sua organizzazione, il curriculum e le partnership. Il modello dell'Health Promoting Schools si fonda su assunti epistemologici accolti e sviluppati nella scholarship pedagogica tra cui il capability approach e la pedagogia critica. In questo quadro si inserisce in modo molto coerente il modello salutogenico, orientato a costruire fattori che generano salute nel contesto scuola enfatizzando il ruolo positivo dell'apprendere dall'esperienza, dell'attribuzione di significati e la traduzione di questi aspetti nella capacità di cercare e utilizzare le risorse. Una sperimentazione italiana fungerà da caso esempio per mettere a fuoco il possibile guadagno di un modello di questo tipo nel rileggere e integrare molte trasformazioni che oggi riguardano la scuola e i suoi attori, ipotizzando una via di promozione del benessere che possa essere attuata nel sistema scuola e che possa diventare anche laboratorio generativo di apprendimenti e qualità di vita nell'attuale processo di trasformazione e innovazione.

### KEYWORDS

Health Promoting Schools, Wellbeing, Resources, Capabilities, Empowerment.  
Scuola Promottrice di Salute, Benessere, Risorse, Capacitazione, Empowerment.

## 1. La prevenzione nella scuola è ancora un “alibi minimalista” per la creazione di laboratori generativi, significativi ed innovativi?

Nel corso di un'intervista rilasciata a Mario Catella (2000) e pubblicata diversi anni fa, Riccardo Massa affermava in modo provocatorio che la prevenzione ha introdotto nella scuola un vento di innovazione didattica. “Oggi l'idea di prevenzione sembra lo slogan, o come è stato detto, la formula di contingenza, di una cultura che non sa più pensare in termini educativi. [...] Un alibi del tipo: poiché non si può educare al vero, si può almeno prevenire il male. Da questo punto di vista mi sembra che la prevenzione sia diventata una grande formula di contingenza che ha permesso alla scuola di tentare di rioccuparsi di “educazione” attraverso le “educazioni” legittimate da finalità preventive come i progetti di educazione alla salute” (Catella & Massa, 2000, pp 14-15). Ricostruendo la storia delle attività di prevenzione anche il punto di vista sanitario è alquanto critico verso quella stagione, se pur positiva, che ha portato la scuola a sorpassare l'approccio tradizionale della medicina scolastica con funzioni di sorveglianza e controllo, adottando la strategia di accogliere, come contenitore ancora capiente, iniziative esterne, che arrivavano perlopiù dai servizi sanitari, slegate dal contesto educativo, focalizzate su più temi frammentati e non connessi tra loro. Come spiega Pocetta (2015), “è la stagione dei docenti referenti, che seguono appropriati percorsi formativi, [...] che diventano i fulcri di una programmazione di Istituto non più centrata sulla prevenzione del danno e del rischio, ma sul benessere dell'alunno studente e progressivamente di tutto il resto del quadro organizzativo della scuola”. Il contesto culturale e sociale degli anni '80, ha dunque creato un'offerta di progetti concentrati sui problemi di salute, in particolare su temi caldi come le dipendenze, l'AIDS e l'educazione socioaffettiva. Secondo Massa questi progetti hanno creato dentro la scuola, ormai piegata sui metodi trasmissivi e tradizionali, un'aria di rinnovamento perché trattavano i loro contenuti creando campi d'esperienza in cui le metodologie didattiche avevano lo scopo di dare sì informazioni, ma anche creare riflessioni e attivare un pensiero critico capaci di veicolare e supportare scelte di vita (e di salute positive). Tuttavia, tornando alla prospettiva degli studiosi critici della Sanità Pubblica, il medesimo processo avrebbe portato alla diffusione della cosiddetta “progettite”, ovvero l'introduzione nella scuola di innumerevoli progetti mirati ai cambiamenti comportamentali, svincolati da altre esigenze organizzative e formative. La scuola è il luogo dove i ragazzi trascorrono gran parte della loro vita, in particolare gli anni in cui possono instaurarsi anche comportamenti a rischio per la loro salute o in cui alcuni atteggiamenti possono stabilizzarsi e garantisce al contempo l'accesso alla popolazione giovanile nel suo complesso, incluso minoranze e gruppi svantaggiati all'istruzione. Il contesto scuola è diventato negli anni quindi spazio di accoglienza, inclusione e sperimentazione di progetti con diverse finalità, obiettivi e modelli, che, come sostiene Massa, hanno placato la domanda squisitamente educativa della scuola, orientata alla costruzione delle identità del soggetto e ai processi di capacitazione dei suoi vari attori, permettendole di rimanere adagiata sui modelli trasmissivi, sulle metodologie tradizionali e meno partecipative (Catella & Massa, 2000). La riflessione/provocazione di Riccardo Massa raffigura uno scenario per immaginare la connessione tra educazione, prevenzione e promozione della salute, nonché tra apprendimento e benessere, evidenziata tra l'altro anche nell'ultimo rapporto OECD PISA (2017). Essa fornisce un pretesto per fotografare e rileggere lo stato dell'arte della prevenzione nelle scuole, utilizzando la lente dell'*Health promoting school*, come modello di ana-

lisi delle esperienze virtuose o carenti delle decadi precedenti, capace di congiungere, in una visione più olistica, i temi cari al sistema scuola con i temi del benessere e della salute. E questo, in un periodo storico caratterizzato da ulteriori trasformazioni legislative e da proposte formative istituzionali per il personale docente (i percorsi dei neoassunti o il piano nazionale della formazione), in alcuni casi focalizzate proprio sui temi della prevenzione e della promozione di stili di vita sani, o meglio su altre “educazioni” per usare le parole di Massa (come l’ambiente, la sostenibilità, gli stili di vita). In sintesi il modello delle scuole promotrici di salute (SPS), che si vuole qui presentare, si propone di integrare l’innovazione didattica con la sostenibilità, proprio come previsto nell’agenda 2030 dell’UNESCO (2017). Il *network* SPS, a partire da una rivisitazione del concetto di salute, sul suo essere risorsa per la vita (Zannini, 2001) e dei modelli della pedagogia critica di Freire e del “buon funzionamento dell’uomo” di Nussbaum, fornisce oggi una chiave di lettura interessante in grado di rispondere alla provocazione di Riccardo Massa, in cui si ribaltano e ridefiniscono i pesi di una bilancia che vuole equilibrare benessere e apprendimento nel contesto scuola. L’organizzazione scolastica, l’azione didattica e lo svolgimento dei curricoli sono esperienze di apprendimento e insegnamento, ma diventano anche risorse per la salute di tutti i soggetti che le vivono.

## **2. Il framework socio-pedagogico per le Scuole Promotrici di Salute: Nussbaum, Freire e Antonovsky**

Il *network* delle Scuole promotrici di Salute si è costituito a partire da ricerche e proposte metodologiche che hanno risentito dell’influenza di approccio ecosistemici, soprattutto del contributo di pedagogisti tra cui Nussbaum rispetto ai compiti della scuola nella capacitazione dell’uomo, Freire come faro per gettare luce sugli aspetti di equità, controllo ed autonomia nella formazione dei soggetti e, infine, studiosi come Antonovsky per la definizione di un nuovo modello di salute. Si trattava, infatti, di superare un approccio centrato esclusivamente su cambiamenti comportamentali isolati e di adottare proposte più olistiche e globali, maggiormente centrate sulla persona pur tenendo conto del suo rapporto con l’ambiente. Di qui la necessità e il tentativo di andare oltre i modelli esistenti e di ampliare le epistemologie e le pratiche sui temi dell’educazione e prevenzione. Nella scuola si vive, si ama, si gioca, si impara, si insegna, si lavora e tutto ciò ha a che fare con la costruzione e la ri-significazione costante delle proprie azioni, dei propri pensieri che diventano motore di crescita personale, professionale e formativa e al tempo stesso determinanti della qualità della vita scolastica nonché generatori di benessere. Come sostiene Beatini nel riassumere un caso studio italiano sulle scuole promotrici di salute “la salute di una persona è l’equivalente di un insieme di condizioni che appaiono e mettono in grado la persona di agire (funzionare) per portare a termine le proprie scelte e le proprie potenzialità biologiche psichiche e sociali (alcune di queste condizioni sono di importanza assoluta per tutti gli individui, altre sono variabili dipendenti da abilità individuali e circostanze particolari)” (Beatini, 2005).

### *2.1. Il pensiero di Martha Nussbaum nell’epistemologia delle Health promoting schools*

Nussbaum ha influenzato molte proposte operative nate all’interno del *network*. Dopo il 1986 e la condivisione della Carta Di Ottawa in cui si dichiarava che la sa-

lute non è un fine o uno stato, ma un processo e soprattutto una risorsa per affermare i propri desideri e progetti di vita, molta enfasi è stata data alla capacità dei soggetti di controllare ciò che determina la propria salute e di supportare questo processo nei luoghi in cui le persone trascorrono la maggior parte del proprio tempo. In questa prospettiva i laboratori sul *capability approach* sono diventati parte integrante della tematizzazione del modello. L'approccio alla capacitazione rimanda alla qualità di vita raggiunta dai soggetti di una comunità pur proponendo di non fermarsi a questo livello di analisi. Non è sufficiente che vi siano o meno delle risorse, è importante anche avere le capacità di poterle utilizzare e controllare. Il teorico della capacitazione, Sen, sottolinea la differenza tra il possedere una risorsa, un bene e la libertà di utilizzarla, evidenziando l'elemento di *social justice*. Riprendendo la definizione di De Canale "Il concetto di *capacitazione* è strettamente legato, nella teoria di Sen, a quello di funzionamenti, intendendo con quest'ultima nozione, ciò che un individuo può desiderare di fare o di essere; i funzionamenti rappresentano i diversi aspetti delle condizioni di vita e vanno dai più elementari, come ad esempio l'aver nutrizione a sufficienza e l'essere protetto da malattie evitabili, ai più complessi, come la possibilità di partecipare alla vita della comunità e l'aver rispetto di sé" (De Canale, 2015). Il concetto di capacitazione incontra dunque gli elementi di risorse e accesso alle risorse, fondamentali per generare salute nel modello di Antonovsky, e il concetto di *social justice* presente nella pedagogia critica di Freire. La Nussbaum (2011), riprendendo l'economista Sen (2014), rielabora il concetto di capacitazione in relazione allo sviluppo del sé e del suo progetto di vita per delineare un sistema formativo e di *welfare* più generale, ancorato all'affermazione delle proprie capacità e del buon funzionamento dell'uomo. Stila un elenco delle capacità necessarie a un funzionamento autenticamente umano, una lista *in progress*, proprio per la sua costituzione transculturale, realizzabile e rielaborabile in più contesti (ad esempio: *Vita, Salute fisica, Integrità fisica, Sensi, Immaginazione e pensiero, Sentimenti, Ragion pratica, Appartenenza, Altre specie, Gioco, Controllo del proprio ambiente*). Nel panorama italiano degli studi pedagogici i concetti di capacitazione in relazione allo sviluppo formativo e professionale sono stati ampiamente argomentati da Alessandrini (2014), Costa (2017), e Minello (2013) e proprio a partire dai loro studi, il modello della scuola promotrice di salute appare come molto attuale in un auspicabile dibattito pedagogico sulle questioni della salute e della formazione del sé ed infine sulla *governance* scolastica. Il modello SPS dunque richiama e fa sua la riflessione pedagogica su questo approccio, integrandola in un progetto più ampio della formazione del sé, rendendo maggiormente evidente il legame e il possibile guadagno delle SPS come laboratorio per generare interconnessioni tra benessere e apprendimento, offrendo una teoresi di tali processi ma anche delle traiettorie da sperimentare sul campo.

## 2.2. Freire e l'approccio della pedagogia critica nell'ambito della prevenzione

A Paulo Freire sicuramente dobbiamo l'aver introdotto il concetto di *empowerment* e l'aver affrontato le questioni dell'insegnamento che sono state poi riprese soprattutto da Wallerstein e da Bernstein (1988) riadattandole all'ambito dell'educazione alla salute (Freire, 2014). Una recente pubblicazione segue proprio questo filone della pedagogia critica nel rileggere molte pratiche dell'*health education* (Fitzpatrick & Tinning, 2014). Come ci ricorda Paulo Freire (2014) "insegnare non è *trasferire conoscenza*, ma creare la possibilità per produrla o costruirla". Una tale affermazione si radica nella necessità pedagogica di andare oltre la tra-

smissione di informazioni nelle attività educative e di prevenzione ed è oggi sostenuta anche dalla letteratura *evidence based*, la quale purtroppo non ci dà notizie confortanti sugli esiti di tanti progetti che risultano poco efficaci se improntati su azioni centrate sul docente, polarizzate dai contenuti da trasmettere, ossia da ciò che potremmo definire il “modello pedagogico dell’*instruire* (da *instruire* mettere dentro)”, come se dovessimo riempire delle scatole vuote isolate da un contesto (Zannini, 2001). L’autonomia freiriana dunque è ben lontana dall’idea di mettere in pratica uno stile di vita definito come salutare, e in quanto tale consigliato dagli esperti (ad esempio riciclare o fare attività fisica), ma esige un *processo di formazione* sia del soggetto che educa, sia del soggetto che, a sua volta, entra in una relazione educativa come educando. Una pratica dell’autonomia così definita rimanda a un modello pedagogico (Massa, 1997), che mette sì in rilievo l’esperienza dell’educando e le sue potenzialità attraverso metodologie attive ma altresì richiama una riflessione sull’esperienza, i valori e le rappresentazioni che guidano lo stile educativo degli operatori, i quali inevitabilmente influenzano qualsiasi processo educativo e di conseguenza il successo di un’educazione all’autonomia (Garista, 2009). Nonostante la presenza massiccia di bandi e azioni ancora focalizzati sugli stili di vita “corretti”, nella pratica di promozione ed educazione alla salute ci siamo ormai abituati a sentire e nominare un concetto a cui difficilmente ancor oggi diamo un’accattivante traduzione: l’*empowerment*. Far acquisire *potere* e *controllo* ai soggetti è, infatti, uno degli obiettivi prioritari della promozione della salute ed è fondamentale ogniqualvolta si voglia patrocinare in chiave educativa l’assunzione di una libertà e responsabilità nella scelta di comportamenti e azioni in grado di nutrire la ricerca di un proprio equilibrio di salute. Il pensiero di Freire, nato e cresciuto in un ambiente in cui le disuguaglianze sociali e culturali erano molti forti, in cui persone “powerless”, senza potere, definiti poi “gli oppressi” vivevano situazioni in cui difficilmente potevano assumere controllo su ciò che determinava la propria salute, sottolinea la dimensione critica del potere in questo tipo di progetti. Possiamo affermare che, tutt’oggi, molti problemi di salute e di qualità di vita dipendono in gran parte da disuguaglianze sociali, povertà educativa, mancato accesso alle informazioni di salute (*health literacy* o *influenza delle fake news*), incapacità di partecipare attivamente alla presa di decisione rispetto a un piano terapeutico o alla discussione di ciò che si mangia in una mensa scolastica, rispetto all’ambiente fisico-sociale in cui si vive, rispetto alle influenze che gruppi di potere (mass media, pari, enti governativi) ci impongono inconsapevolmente, influenzando stati di benessere e malessere. Le SPS sono molto attente agli aspetti dell’equità, delle disuguaglianze sociali e alla dimensione del potere che influenza la programmazione e l’azione in questo settore.

### 2.3. L’orientamento salutogenico delle Health Promoting Schools

I vari modi di pensare e progettare la prevenzione negli ultimi decenni hanno ripreso i modelli teorici sulla salute e le sue ri-definizioni, che a partire dagli anni ‘80 si sono aperte a concetti come benessere, qualità di vita e controllo dei determinanti di salute. Ed è proprio in questo periodo storico, tra la fine degli anni ‘70 e gli inizi degli anni ‘80, sulla scia di un filone di ricerca orientato a indagare ciò che crea effetti positivi su vari fronti e in molti settori (ad esempio gli studi sulla resilienza, sui fattori protettivi, sul capitale sociale e culturale) che un sociologo israeliano ha proposto un vero e proprio cambio di paradigma nel pensare e costruire la salute (Antonovsky, 1996). Introdurre il modello salutogenico, nel contesto scuola signi-

fica oltrepassare la tendenza a “medicalizzare” i comportamenti della popolazione scolastica in abili e dis-abili; sani e malati; devianti e non devianti; sicuri o a rischio; corretti e non corretti. Richiede di non guardare sempre e comunque al problema (approcci *problem based*) ma di individuare le risorse personali e le opportunità del contesto che creano qualità di vita, benessere, nuovi apprendimenti. Infatti, l’orientamento salutogenico esige di: occuparsi di tutte le persone che vivono in quel preciso *setting* e non solo di quelle “a rischio” (ad esempio studenti con BES o insegnanti *burn out*); focalizzarsi su tutto ciò che può essere salutare e migliorare la qualità di vita e non solo eliminare i rischi (si vedano ad esempio le politiche sulla sicurezza nelle nostre scuole); infine invita a considerare la persona nell’insieme delle sue dimensioni (fisiche ma anche psicologiche, sociali, spirituali) (Bruun Jensen et al., 2016). L’approccio salutogenico si basa sull’apprendere dall’esperienza, prevedendo attività cognitive e metacognitive, sostenendo i processi di attribuzione di significato che influenzano le scelte di salute introducendo l’idea di *Healthy learning* (Lindström & Erickson, 2011). Il modello di Antonovsky non può realizzarsi in un progetto o più progetti attuati in una scuola, ma per trasformare e innovare la scuola, deve poter entrare nelle politiche, nell’organizzazione, nella progettazione degli edifici scolastici, nella pianificazione dei curricula e quindi influire sui fattori salutarici degli spazi, dei tempi e dei corpi che la caratterizzano (Bruun Jensen et al., 2016).

### 3. I pilastri delle Scuole Promotrici di Salute: curriculum, ambiente e lavoro scolastico, partnership

Dai modelli teorici che sottendono la *vision* e la *mission* dell’approccio promozionale all’educazione alla salute, il *network* si è sviluppato riprendendo alcune proposte metodologiche che trasformerebbero “una scuola” in “una scuola promotrice di salute”. Per un’azione congiunta a livello internazionale nel 1991 nasce il *Network* europeo delle scuole promotrici di salute: *European Network of Health Promoting Schools* (E.N.H.P.S.), progetto istituito dall’Organizzazione Mondiale della Sanità, dalla Commissione Europea e dal Consiglio d’Europa. Al fine di comprendere il possibile contributo di tale modello presentiamo una sintesi della ricerca italiana per le scuole promotrici di salute, potendola ora tematizzare anche alla luce delle iniziative intraprese dalla rete italiana attualmente attiva.

Nei dieci anni successivi in Italia, infatti, si creano le condizioni per avviare una sperimentazione tra Ministero della Salute, Regioni, USR, scuole e Università di Perugia, attraverso una ricerca-azione nella regione Umbria a cui sono seguite altre ricerche volte alla definizione di indicatori e proposte formative, fino alla stipula dei Patti territoriali per la costruzione di una scuola produttrice di salute all’interno del Patto per la salute in età evolutiva della Regione Umbria, in un arco di tempo di circa 10 anni. La ricerca ha avuto il merito di tradurre e diffondere le linee teoriche del *network* e di esplorare sul campo la replicabilità di questo tipo di approccio nel nostro sistema educativo. Da un punto di vista teorico il modello della Scuola Promottrice di salute ha ripreso il pensiero di Nussbaum, Freire, Gardner, Vigostky e altri illustri riferimenti in grado di riorientare l’azione didattica. Da un punto di vista metodologico si sono invece problematizzate le indicazioni di Tones e di altri ancora al fine di individuare aree e strategie di intervento. I pilastri di Tones, rimangono il riferimento più forte, capace di visualizzare con questa figura architettonica, i pilastri o se vogliamo le colonne, ciò che sarebbe in grado di garantire il successo e la sostenibilità del modello. Essi sono: il *curriculum* (insegnamento e apprendimento); il lavoro scolastico (organizzazione, relazioni e am-

biente); le *partnership* (enti territoriali, comunità e famiglia). Queste tre aree di intervento corrispondono ai campi strutturali su cui fondare una scuola intesa come *healthy setting*, ovvero un contesto favorevole alla salute nel quale studiare, vivere, lavorare (Beatini, 2005). La scuola promotrice di salute non è quindi un insieme di piccoli progetti rivolti agli studenti. Essa si caratterizza in un sistema coordinato e coerente, un contesto in cui l'ambiente costruito (gli edifici, gli spazi esterni, le aule), le relazioni, l'organizzazione del calendario, delle ore scolastiche (si pensi ad esempio a quanto ci dicono le neuroscienze sui tempi di attenzione o sul sonno degli adolescenti), e si fonda sulla necessità di attivare partenariati tra vari enti di interesse formativo, o in dialogo con i servizi sanitari e le opportunità da loro offerte, ed infine sulla necessità di lavorare su strategie didattiche orientate allo sviluppo di competenze chiave e di contenuti disciplinari e, al tempo stesso, su quelle competenze trasversali ritenute ormai fondamentali per il successo educativo, l'orientamento nel *lifelong learning* e l'inserimento nel mondo del lavoro. In questo quadro ci sembra che il modello delle SPS sia perfettamente coerente con le osservazioni di Massa, e le proposte sulla capacitazione e l'*empowerment*, l'*orientamento salutogenico*, presentati precedentemente.

Dalle prime sperimentazioni avviate sulla SPS in Italia si sono generate esperienze che ne hanno esplorato diverse dimensioni: quella organizzativa e didattica con la ricerca-azione iniziale (Beatini, 2005); quella valutativa con la ricerca di indicatori per l'età evolutiva e la scuola orientati da modelli di sviluppo delle risorse e delle capacità (Beatini et al., 2007); quella formativa in vari contesti tra cui anche la SILSIS (Garista, 2006); ed infine quella della costruzione delle reti con la realizzazione dei patti per la scuola.

Tuttavia al fine di fornire degli esempi pratici riproponiamo qui la sintesi dei tre momenti che hanno supportato l'introduzione delle *Health Promoting Schools* anche in Italia. Come spiega Beatini (2005) l'obiettivo centrale del processo è stato quello di costruire un sistema organizzativo-gestionale stabile tra le istituzioni che - ai vari livelli - operano per la promozione della salute nella scuola per l'età evolutiva. La prima fase di avvio del processo è stata realizzata attraverso la ricerca-intervento "Scuola promotrice di salute. Ricerca intervento per la sperimentazione di un modello organizzativo-gestionale per la promozione della salute nella scuola". Il modello europeo è stato quindi studiato, tradotto e condiviso con i diversi *stakeholders*. Sono stati elaborati dei documenti normati e programmatori, in linea con la legislazione scolastica e le esigenze dei contesti locali. Si sono poi delineati possibili interventi, ed infine definiti indicatori per il monitoraggio. Attraverso la ricerca-azione è stato possibile operare un adattamento del modello europeo, definire le linee guida attuative e il documento programmatico di indirizzo per il governo politico, con l'intento di chiedere un sistema di servizi in rete, riorientando le specifiche programmazioni. Inoltre, si sono prefigurate delle piste di lavoro sul *curriculum* attraverso approfondimenti che hanno messo a fuoco alcuni elementi salienti dell'azione del *network*. Nello specifico l'Università di Perugia ha proposto tre differenti percorsi operativi per intervenire sulle pratiche di apprendimento/insegnamento in chiave promozionale:

- La possibilità di sviluppare prassi di acquisizione delle competenze di base sui cui attivare campi d'esperienza metacognitivi, in grado di riconoscere in esse anche le competenze trasversali sviluppate, che spesso rimangono *hidden* nel *curriculum*. *Può la matematica promuovere salute?* È in realtà lo *slogan* di moduli sull'apprendimento della matematica che sviluppano una competenza di base e contemporaneamente *problem solving* e *decision making*, *skills* fondamentali per fare scelte di salute positive (Coletti, 2003).

- *Workshop* sulla fisiologia del cervello come esperienze formative in grado di influire sulle scelte didattiche e sulla programmazione del curricolo hanno in parte anticipato campi di studio delle neuroscienze, introducendo la necessità di comprendere i meccanismi di attenzione e di motivazione da un punto di vista fisiologico ed evolutivo (Bottaccioli, 2003).
- Gli approfondimenti sul lavoro scolastico (Corradini, 2003) e sull'innovazione delle strategie didattiche (didattica centrata sull'allievo per una scuola promotrice di salute) ritenendo fondamentali i metodi attivi e partecipativi per acquisire competenze sociali, critiche, riflessive e relazionali e per migliorare il successo educativo (Falcinelli, 2003).

Dopo una prima fase di ricerca-azione-formazione che ha documentato tavoli di lavoro inter-istituzionali e interdisciplinari, laboratori dimostrativi in aula, diari degli studenti, principali attori e destinatari del progetto, la sperimentazione italiana è proseguita nell'individuazione di indicatori di valutazione dei diversi pilastri strutturali suggeriti da Tones.

Una fase successiva, ha provato a riprendere alcuni di questi elementi esportandoli, attraverso vari progetti di ricerca finalizzata, ad altri documenti programmatici, ad esempio all'interno di linee guida regionali per la promozione di stili di vita sani o ad altri studi in grado di rintracciare degli indicatori per l'età evolutiva e la scuola da individuare nella predisposizione di profili di salute (Beatini et al., 2007).

Nel tempo, tuttavia, è stato possibile constatare che senza un sostegno inter-istituzionale, anche a livello macro (le Regioni), il modello SPS fatica ad entrare a sistema, sorpassando sperimentazioni locali, iniziative formative e buona volontà del personale docente. La fase finale di questo processo si è proposta quindi di costituire dei tavoli di lavoro per creare il consenso e il sostegno alla definizione dei "Patti per la scuola", quella rete di soggetti in grado di sostenere azioni congiunte (il pilastro delle *partnership*) per promuovere successo formativo e professionale, benessere e qualità di vita, sostenibilità.

## Conclusioni

La sperimentazione in Umbria si è di fatto conclusa con la diffusione e la pubblicazione dei prodotti della ricerca e la costituzione dei Patti per la Scuola, creando una rete sensibile alle epistemologie e alle pratiche supportate dalla Scuola Promotrice di Salute nel *welfare* umbro. Il modello del *network*, che propone di integrare temi trasversali della formazione dell'uomo e di assumerli come aree di intervento nella scuola, lavorando sul *setting*, è stato studiato da molti Enti di Ricerca e Istituzioni educative in questi ultimi dieci anni, mostrando i suoi punti di forza e di fattibilità. Oltreoceano ad esempio il *whole school approach* rivela molti elementi in comune con il modello europeo ed è diventato un'istanza fondatrice del pensiero e delle azioni per le "educazioni" e l'"educazione nel *setting* scuola, tornando alle parole e alla provocazione di Massa. In ambito europeo l'ultima conferenza EERA 2017 ha previsto delle sessioni specifiche sulla ricerca che riguarda la promozione della salute nelle scuole, introducendo nei contesti del dibattito scientifico squisitamente pedagogici, i recenti sviluppi di questo settore. Inoltre, altri *network* europei come *Euroschoolnet*, *Erasmus+*, piattaforme e reti come *E-twinning* o *Epale* hanno permesso con i loro finanziamenti lo sviluppo di campi di ricerca e condivisione di pratiche sull'apprendimento e la qualità di vita, sulla formazione e la resilienza o sulla possibilità di progettare am-

bienti di apprendimento in cui imparare meglio e stare bene, in cui sviluppare competenze in un'ottica di sostenibilità, solo per fare alcuni esempi. In Italia possiamo connettere molti obiettivi delle SPS con movimenti di rinnovamento della scuola, che pur non avevano finalità di promozione della salute, hanno contribuito a focalizzare l'attenzione delle scuole sul funzionamento fisiologico e sulle condizioni ottimali per trasformare e innovare la didattica (si veda ad esempio il movimento delle "Avanguardie Educative" con le sue idee Aule Laboratorio o Apprendimento intervallato).

Oggi una realtà importante della rete SPS è attiva nella Regione Lombardia. Sul sito della rete è possibile scaricare documenti ed esperienze da cui trarre ispirazione ma soprattutto ipotesi per reinterpretare le possibili applicazioni del modello in relazione ai nuovi compiti della scuola, dopo il processo di trasformazione che l'ha coinvolta negli ultimi anni. Per fare un esempio concreto vengono descritte sperimentazioni che incrociano gli indicatori di valutazione delle SPS con gli elementi valutativi del RAV. Se dunque le SPS non faticano a trovare giustificazioni e sostegno sul piano epistemologico, soprattutto in relazione alla ricerca pedagogica, e sul piano metodologico proponendo prassi efficaci, ciò che sembra rappresentare un possibile ostacolo risiede nel sostegno politico-legislativo ed organizzativo della scuola, nella sua *governance*, e sulla capacità di esplicitare la salute nel *curriculum* e nell'*hidden curriculum*: smascherare ogni alibi minimalista e rendere visibile dunque il guadagno formativo delle scuole promotrici di salute per la didattica, il benessere e la valutazione della qualità.

"L'inclinazione a imparare dalla vita stessa, e a rendere le condizioni del vivere tali che ognuno sia in grado di imparare nel corso stesso del vivere, è il più bel prodotto della scuola" (Costa, 2017).

### Riferimenti bibliografici

- Alessandrini G. (2014). *La pedagogia di Martha Nussbaum. Approccio alle capacità e sfide educative*. Milano: Franco Angeli.
- Antonovsky A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. In: *Health Promotion International*, 11, 1, 11-32.
- Beatini P. (2005). Educazione sanitaria, promozione della salute nella scuola, scuola promotrice di salute: linee di un'evoluzione storica e metodologica, *Educazione sanitaria e promozione della salute*, Vol. 28, n. 4, 283-294
- Beatini P., Garista P., Pocetta G. (2007). Promozione della salute in età evolutiva. Elaborazione di un sistema di indicatori per il controllo dei determinanti di salute e la valutazione degli interventi nella comunità e nella scuola, *Educazione Sanitaria e Promozione della Salute*, 30, 3, 238-256.
- Bottaccioli F. (2003). Lo sviluppo del cervello nell'infanzia nell'adolescenza. *La salute Umana*, 183-186, p 64-65
- Bruun Jensen B., Dur W, Buijs G. (2016). *The application of Salutogenesis in Schools*, in *Handbook of Salutogenesis*, Springer.
- Catella M., Massa R. (2000). *Prevenzione. Un alibi minimalista?* Centro Ambrosiano, Milano: ITL.
- Coletti G. (2003). Fondamenti e Storia della teoria delle decisioni. *La Salute Umana*, 183-186, p 62
- Corradini L. (2003). Il lavoro scolastico: organizzazione e metodi promotori di benessere, *La Salute Umana*, numero monografico Scuola Promotrice di Salute, 183-186, p 18-22.
- Costa M. (2017). *La governance capacitante per lo sviluppo del Sistema scolastico*, *Formazione & Insegnamento*, XV, 1, 165-177, Lecce: Pensamultimedia.
- De Canale B. (2015). Capacitazione, in Galliani L., a cura di, *L'agire valutativo*, [Il modello delle Scuole Promotrici di Salute](https://nuova-</a></p></div><div data-bbox=)

- didattica.wordpress.com/agire-valutativo/10-la-valutazione-delle-ricadute-della-formazione-e-degli-apprendimenti-nei-contesti-non-formali-e-informali/capacitazione/
- Falcinelli F. (2003). La didattica centrata sull'allievo per una Scuola Promotrice di Salute, *La Salute Umana*, 183-186, p 63.
- Fitzpatrick K., Tinning R. (2014). *Health Education. Critical Perspectives*, edited by. New York: Routledge.
- Freire p. (2014). *Pedagogia dell'autonomia. Saperi necessari alla pratica educativa*, Torino: Gruppo Abele.
- Garista P. (2006). Educare alla multiculturalità per costruire resilienza e benessere nel contesto scolastico, *La Salute Umana*, n. 201-202, 6-10
- Garista P. (2009). *Parole di pedagogia come parole per la salute*. In Pocetta G., Garista P., Tarsitani G., Alimentare il benessere della persona, SEU, Roma.
- Lindstrom B., Erikson M. (2011). From health education to healthy learning: implementing salutogenesis in educational science, *Scandinavian Journal of Public Health*, 39 (6 Suppl):85-92
- Minello R. (2013). Capability Approach. Relazioni e Pratiche, *Formazione & Insegnamento*, XI, 1, Lecce: Pensamultimedia.
- Nussbaum M. (2011). *Non per profitto. Perché le democrazie hanno bisogno della cultura umanistica*, Bologna: Il Mulino.
- OECD (2017), PISA 2015 Results (Volume III): *Students' Well-Being*, PISA, OECD Publishing, Paris. <http://dx.doi.org/10.1787/9789264273856-en>
- Pocetta G. (2015). *Formazione scolastica alla salute e formazione dei formatori*, pag. 373 – 379, in Calamo Specchia F., *Manuale critico di sanità pubblica*, Rimini: Maggioli.
- Rete delle scuole che promuovono salute, in <http://www.scuolapromuovesalute.it/>
- Sen A. K., *Development as capability expansion*, in [http://morgana.unimore.it/Picchio\\_Antonella/Sviluppo%20umano/sviluppo%20umano/Sen%20development.pdf](http://morgana.unimore.it/Picchio_Antonella/Sviluppo%20umano/sviluppo%20umano/Sen%20development.pdf) [data ultima consultazione luglio 2014].
- UNESCO (2017) *The 2030 Agenda for Sustainable Development*, <http://www.unesco.org/open-access/terms-use-ccbysa-en>, France
- World Health Organization, *Life skills education in schools* (WHO/MNH/PSF/93.A Rev,1) Genève, 1993.
- Wallerstein N. Bernstein E. (1988). Empowerment education: Freires ideas adapted to health education. *Health Education Quarterly*, 15, 379–394.
- Zannini L. (2001). *Salute, malattia e cura*. Milano: Franco Angeli.