

Promuovere il movimento a scuola: la trasferibilità di una Buona Pratica Irlandese in Italia

Promoting movement at school: Irish good practice implementation in Italy

Paola Ragazzoni¹, Claudio Tortone¹, Susanna Dal Rio², Patrizia Venesia³, Simonetta Lingua¹, Vincenzo Rubino¹, Anna Motta⁴, Anna Maria Capra⁵, Sara Coccolo⁵, Antonella Bena¹

¹*Dors, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3, Regione Piemonte*

²*Istituto comprensivo Centro Storico Moncalieri*

³*Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini, Torino*

⁴*Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte*

⁵*Ufficio Scolastico Territoriale, Torino*

Parole chiave: scuola primaria, attività fisica, buona pratica, trasferibilità, promozione della salute

RIASSUNTO

Introduzione: presentiamo qui i risultati di un percorso di implementazione di una Buona Pratica Irlandese in Italia, il programma Active School Flag, nell'ambito della Joint Action Chrodis Plus, finanziata dalla Comunità Europea (Health Programme 2014-2020). Nonostante i benefici di uno stile di vita attivo siano ben documentati da tempo in letteratura, gli ultimi dati di Okkio alla Salute (2016) evidenziano come in Piemonte solo 1 bambino su tre raggiunga i livelli di attività fisica raccomandati per l'età, mentre 1 bambino su 7 (15%) risulta fisicamente non attivo, soprattutto tra le femmine. Dal momento che vi è evidenza che i modelli comportamentali acquisiti in età evolutiva tendono a trasformarsi in abitudini nell'età adulta, diventa fondamentale favorire nei bambini e negli adolescenti stili di vita attivi. *Obiettivi:* gli obiettivi del percorso di trasferimento della Buona Pratica ASF nel contesto italiano (in due scuole identificate su base volontaria al termine di un percorso formativo regionale) sono quelli di introdurre nelle due scuole alcune attività del programma ASF e analizzare e riflettere sulle condizioni di implementazione e sulla trasferibilità e possibilità di diffusione su ampia scala.

Metodi: l'implementazione è stata realizzata secondo un protocollo identificato e condiviso durante la Joint Action Europea Chrodis Plus con diversi passaggi. Il programma irlandese Active School Flag, finalizzato alla promozione dell'attività fisica nei bambini dai 5 ai 18 anni attraverso lo sviluppo di una comunità scolastica "educata" al movimento, si è ispirato ad altre esperienze europee e internazionali.

Risultati: le due scuole implementatrici hanno introdotto una serie di attività nella routine scolastica (pause attive in classe, intervalli all'aperto con attività di movimento, risveglio muscolare e corsa

Autore per corrispondenza: paola.ragazzoni@dors.it

mattutina, compiti a casa di movimento, partecipazione a eventi locali di promozione dell'attività fisica), una scuola ha organizzato la settimana attiva (7-10 May #ASW19) in gemellaggio con una scuola irlandese ed infine entrambe le scuole hanno inserito l'attività fisica nei documenti di policy scolastica. Le insegnanti intervistate al termine della implementazione (settembre 2018- febbraio 2020) hanno trovato le attività facili da introdurre nella routine scolastica e ben gradite ai bambini che, dopo averle realizzate in classe, si mostrano più attenti e collaborativi durante le lezioni.

Conclusioni: elementi chiave per il successo della trasferibilità e della sua sostenibilità nel tempo sono stati: la presenza di un metodo di implementazione strutturato e basato su strumenti e metodi validati, il coinvolgimento e la motivazione dei decisori istituzionali (Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale e Dirigenti Scolastici), l'inserimento del percorso in una cornice regionale più ampia (Protocollo d'intesa Regione Piemonte con Ufficio Scolastico Regionale), la creazione di una specifica policy scolastica sul tema, la strategia comunicativa e di knowledge exchange tra il gruppo che ha inizialmente realizzato e proposto la pratica e il gruppo locale di implementazione. Sono al momento in fase di valutazione le possibilità di prosecuzione e trasferibilità ad altre scuole e ad altre regioni italiane delle attività realizzate.

Key words: primary school, physical activity, good practice, transferability, health promotion

SUMMARY

Introduction: we present findings from the use of the implementation framework developed in CHRODIS-PLUS Joint Action which has received funding from the European Union, in the framework of the Health Programme (2014-2020). In this Joint Action we transferred an Irish intervention, Active School Flag, identified previously as Good Practice and aimed at promoting physical activity in school aged children, in the Italian school context. According to a survey conducted in 2016 (Okkio alla Salute Survey) in selected schools of Piedmont Region (Italy), about 1 in 7 children (15%) are physically inactive, more females than boys. Only 1 in 3 children have a recommended level of physical activity for their age, although the benefits for children of being physically active are well documented in literature. The acquisition of active behavioral models during childhood and adolescence tends to make these behaviors regular in adulthood and Public health interventions in schools are key elements due to the large number of children reached.

Objectives: The objectives of the transfer path of the ASF in the Italian context are to introduce some activities of the ASF program in two schools of Piedmont Region (schools identified on a voluntary basis at the end of a regional training course) and to analyze and reflect on the implementation conditions and on transferability and the possibility of widespread dissemination.

Methods: the implementation process was carried out according to a protocol identified and shared during the European Joint Action Chrodis Plus with several steps.

The Active School Flag (ASF) is an Irish nationwide initiative focused on supporting a whole school approach to enhance levels of physical activity for children through developing a physically active and physically educated school community. The ASF mirrors other "active school" models operating throughout Europe and internationally. Schools are recruited to the program by invitation and, once engaged with the program, they are supported on a program of action planning and self-evaluation.

Results: the two implementer schools introduced new activities into the daily school routine, such as active class breaks, active outdoor breaks, The Daily Mile programme, active homework, children and families participation at local sport events; one school organized an Active School Week (7-10 May #ASW19) pairing with an Irish school and both the implementer schools embedded physical activity into school

policy documents. From the qualitative point of view, the two school Principals enhanced and supported the programme, the participating teachers find the ASF process easy and feasible and report that children were more attentive and collaborative during lesson, enjoyed the activities and those with disability showed improved motor coordination.

Conclusions: key elements for future implementation, sustainability and replicability were: a structured implementation method based on validated tools and methods, the involvement and motivation of institutional decision makers (Regional and Provincial School Offices and School Principals), the inclusion of the path in a wider regional framework and the creation of a specific school policy on the subject, the communication and knowledge exchange strategy between the group that initially created and proposed the practice and the group local implementation. The possibilities of continuing and generalizing the activities to other schools and other Italian regions are currently under evaluation.

Introduzione

Per l'evoluzione e il miglioramento della salute e del benessere nella società, le politiche, gli interventi e i programmi devono essere implementati con buoni risultati nelle routine dei servizi e della comunità. Esistono infatti molti programmi, politiche e metodi che hanno dimostrato la loro efficacia in un determinato contesto e che, trasferiti e generalizzati in altri contesti, potrebbero migliorare la salute e la qualità di vita di molte persone. Non sempre però l'efficacia teorica garantisce un adeguato impatto dell'intervento nella salute pubblica della popolazione (1). Per superare questo gap risulta utile l'utilizzo di Buone Pratiche ossia di interventi che si sono dimostrati essere esperienze di successo in un contesto reale e sono documentate nel dettaglio, con tutte le indicazioni operative e gli strumenti per poter essere trasferite. Una delle principali sfide della promozione della salute è proprio quella di trasferire le Buone Pratiche da un contesto ad un altro. Rispetto alla definizione di cosa si debba intendere per Buona Pratica, in letteratura esistono sostanzialmente due posizioni: da una parte vi sono coloro che collocano le buone pratiche all'interno del dominio della evidence-based practice, definendole sulla base delle prove scientifiche di efficacia esistenti (2-3); dall'altra parte vi sono coloro che considerano le buone pratiche come interventi che si ispirano a interventi evidence based, rispondono in tutte le fasi della progettazione, applicazione e valutazione a criteri di qualità, e sono descritte nel dettaglio e corredate da una documentazione contenente strumenti e materiali usati, tali da poter essere trasferibili in altri contesti (4). Questa è la definizione di Buona Pratica considerata nel presente lavoro “... *quegli insiemi di processi, attività e strategie che, in armonia con i principi e valori della promozione della salute e le prove di efficacia disponibili e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione*” (5). Anche qui si parla di efficacia, ma ci si riferisce alla scelta di metodi e strumenti di comprovata efficacia, che poi vengono adottati e utilizzati in maniera contestuale alla situazione specifica di intervento. Quindi questi due approcci guardano alla efficacia degli interventi e alla trasferibilità della pratica

in situazioni e contesti specifici, focalizzandosi però su aspetti diversi: trasferibilità praticamente immediata per il filone evidence based e trasferibilità come frutto di un lavoro di interpretazione e adattamento critico in base alle caratteristiche peculiari del contesto per il filone processuale (6).

La scienza della implementazione, che studia le regole della trasferibilità e cerca di risolverne i problemi, è un ambito in continuo sviluppo e cambiamento in quanto si propone di analizzare le condizioni di trasferibilità di un intervento in situazioni reali, invece di tentare di controllare o manipolare sperimentalmente le variabili tipiche del contesto cercando di rimuoverne gli effetti sull'intervento stesso (7). Infatti il contesto di applicazione riveste un ruolo fondamentale quando si implementa una pratica (8), e quindi va analizzato in tutte le sue specificità di ambiente fisico, sociale, culturale, economico, politico, legale, con specifici vincoli istituzionali, differenti stakeholder in interazione reciproca, con specifiche condizioni demografiche ed epidemiologiche (9-10). Ad oggi la comprensione del contesto e delle regole di implementazione risulta ancora incompleta e ciò contribuisce al gap esistente tra ricerca, pratica e trasferibilità (8), soprattutto perché la maggior parte degli interventi di sanità pubblica sono complessi e composti da molteplici elementi che agiscono indipendentemente o in interdipendenza reciproca, così da rendere difficile l'identificazione degli elementi cruciali per il successo (8, 12). Oltre all'analisi del contesto, per una efficace implementazione è fondamentale il coinvolgimento e la partecipazione della comunità cui è rivolto l'intervento: è importante coinvolgere i destinatari e non solo dei loro rappresentanti, che potrebbero non sempre essere pienamente rappresentativi della comunità stessa, come spesso accade nel caso degli studi randomizzati e controllati (12). Terzo, ma non meno importante, elemento è la comunicazione e lo scambio costante tra gruppo che propone la Buona Pratica (che qui chiameremo "donors") e gruppo di implementazione locale (13).

Chrodis Plus¹ è un progetto triennale (2017-2020) finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del 3° EU Health Program (2014-2020) per contrastare le malattie croniche. L'obiettivo di tale Joint Action è stato quello di sostenere i 22 partner, provenienti da 14 Paesi Europei, nell'implementazione trans-nazionale di pratiche innovative, selezionate sulla base di criteri condivisi nella precedente Joint Action Chrodis² (2014-2017) e pubblicate sul Best Practice Portal europeo³.

Dors Regione Piemonte, Centro di Documentazione Regionale per la Promozione della Salute, nell'ambito della Joint Action Chrodis Plus ha sperimentato sul campo e valutato la trasferibilità al contesto italiano di una buona pratica irlandese per la promozione dell'attività fisica nella scuola primaria denominata Active School Flag (ASF).

¹ <http://chrodis.eu>

² <http://chrodis.eu/our-work/05-health-promotion/wp05-activities/selection/>

³ <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>

Abbiamo scelto di trasferire questo programma perché nonostante i benefici di uno stile di vita attivo siano ben documentati da tempo in letteratura (14- 16), gli ultimi dati della Survey Okkio alla Salute⁴ e dello studio HBSC (Health Behaviour in School-aged Children) del 2018⁵ evidenziano come in Piemonte solo un bambino su tre raggiunga i livelli di attività fisica raccomandati per l'età⁶ (14-15) con una prevalenza della sedentarietà nelle femmine, che aumenta con l'età. L'Italia è al 42° posto in Europa per la salute dei ragazzi di età scolare, e lo sport nelle scuole italiane non regge il passo con altri paesi europei dove sono previste fino a cinque ore di educazione fisica settimanali (la media è di 2,5/3, studio Eurydice⁷)

Dal momento che i modelli comportamentali acquisiti in età evolutiva tendono a trasformarsi in abitudini nell'età adulta (14-17), diventa fondamentale favorire nei bambini e negli adolescenti stili di vita attivi; secondo le indicazioni dell'OMS per la fascia di età 5 - 17 anni⁸ sarebbe sufficiente svolgere almeno un'ora al giorno di attività fisica aerobica di intensità sia moderata che vigorosa.

L'organizzazione della scuola, che accompagna i bambini per tutto l'arco evolutivo con continuità e la struttura della stessa giornata scolastica possono essere elementi favorevoli alla realizzazione di percorsi strutturati di educazione alla salute a lungo termine e che raggiungano numeri elevati di bambini, ragazzi e adolescenti (18). Il contesto della scuola primaria e la sua strutturazione rendono inoltre agevole l'inserimento di pause attive all'aperto e/o in classe (19- 21).

In questo articolo descriveremo quindi il protocollo, le strategie usate e i risultati del processo di implementazione della buona pratica irlandese ASF in un contesto italiano svolto nell'ambito della Joint Action Europea Crodis Plus.

⁴ Okkio alla Salute <https://www.epicentro.iss.it/okkioallasalute/dati2016>

⁵ <http://www.hbsc.unito.it/it/>

⁶ WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age (WHO, 2019, in lingua inglese). https://www.dors.it/documentazione/testo/201905/AF_05anni_who_19.pdf

Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione, redatte da tavolo di lavoro della Direzione generale della Prevenzione sanitaria e approvate in Conferenza Stato-Regioni il 7 marzo 2019 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf

⁷ "Educazione fisica e sport a scuola in Europa" studio Eurydice 2013 http://eacea.ec.europa.eu/education/eurydice/thematic_studies_en.php

⁸ WHO guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age (WHO, 2019, in lingua inglese). https://www.dors.it/documentazione/testo/201905/AF_05anni_who_19.pdf

Linee di indirizzo sull'attività fisica per le differenti fasce d'età e con riferimento a situazioni fisiologiche e fisiopatologiche e a sottogruppi specifici di popolazione, redatte da tavolo di lavoro della Direzione generale della Prevenzione sanitaria e approvate in Conferenza Stato-Regioni il 7 marzo 2019 http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf

Materiali e metodi

Il programma Active School Flag irlandese

Il Programma Active School Flag irlandese si propone di incrementare i livelli di attività fisica dei bambini dai 5 ai 18 anni attraverso lo sviluppo di una comunità scolastica attiva ed educata al movimento. E' stato presentato dall'Irlanda come esperienza significativa, valutata, valorizzata e pubblicata sul Portale Europeo delle Buone Pratiche durante la Joint Action Chrodis⁹.

Tale esperienza si ispira e riprende i principi del modello 'active school' adottato in altri stati europei e negli Stati Uniti (ad esempio quelle statunitensi dei Centers for Disease Control and Prevention Comprehensive School Physical Activity Program¹⁰) ed è basato sul "Whole School Approach", considerato uno dei 7 migliori investimenti per l'attività fisica (22). Propone strumenti di autovalutazione segnalati di dimostrata efficacia dalla letteratura (23-25). In Irlanda, il progetto, iniziato nel 2009 con un piccolo numero di scuole, si è esteso a livello nazionale, fino a coinvolgere 800 scuole e più di 13.000 studenti. Le scuole aderiscono su base volontaria ricevendo supporto pratico e metodologico nella realizzazione delle attività e nella valutazione. In particolare gli strumenti di valutazione iniziale indagano come le scuole affrontano il tema dell'attività fisica e come hanno ottenuto dei cambiamenti nel contesto locale, con quali risorse e strutture organizzative, comprese nuove collaborazioni all'interno della comunità. Sulla base del profilo della scuola vengono pianificate una serie di attività in 4 aree: Educazione Fisica (riorganizzazione del curriculum scolastico, proposta e insegnamento di nuove discipline, formazione degli insegnanti, attrezzature disponibili), Attività Fisica (pause attive durante l'intervallo e in classe, attività fisica inclusiva), Partnership (collegamento con iniziative e proposte di associazioni del territorio), Settimana Attiva e gite attive. Il programma fornisce linee guida chiare e un toolkit con strumenti e suggerimenti periodicamente aggiornati che garantiscono un approccio standardizzato al cambiamento. Le scuole possono scegliere tra un menu di attività, ciascuna con uno specifico set di indicatori per la valutazione, a seconda delle necessità e delle priorità individuate. Ogni scuola istituisce al suo interno un Comitato ASF con rappresentanti di ogni categoria (insegnanti, dirigenti, personale tecnico e amministrativo, studenti, genitori e membri della comunità) e con il maggior numero di studenti possibile, con rappresentanza di coloro non interessati all'attività fisica e allo sport.

⁹ <https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/practice.cfm?id=64>

¹⁰ Centers for Disease Control and Prevention Comprehensive School Physical Activity Program
<https://www.cdc.gov/healthyschools/physicalactivity/index.htm>

Scuole coinvolte

Il Piemonte aveva strutture e condizioni adeguate per il trasferimento nella realtà scolastica di ASF. Infatti, grazie a una proficua collaborazione inter-istituzionale, i principi dell'Health Promoting School (HPS¹¹) dell'OMS sono da diversi anni patrimonio condiviso all'interno della cultura istituzionale e professionale¹², facilitando così la declinazione del paradigma della salute in ambito scolastico attraverso la promozione delle competenze per la vita (life skills, empowerment), delle metodologie partecipative (co-progettazione, lavoro in team, work discussion, peer education) per la progettazione e la formazione congiunta e la valorizzazione delle differenze in base al principio dell'equità e del rispetto della persona.

In particolare, nel 2018 la Regione Piemonte in collaborazione con L'Ufficio Scolastico Regionale (collaborazione sancita da specifico Protocollo d'intesa), ha investito in una formazione regionale per la figura dei 'Referenti' all'interno delle istituzioni scolastiche (Referenti per la salute, per l'educazione alla sicurezza stradale e la mobilità sostenibile e insegnanti di educazione fisica ...) esperienza di co-progettazione per competenze trasversali finalizzata all'ideazione di policies scolastiche e modelli laboratoriali per la promozione integrata di movimento-benessere-salute-tutela ambientale, nel rispetto delle raccomandazioni del "Whole-School Approach". Molte scuole partecipanti a questo percorso formativo erano già parte della Rete Piemontese delle Scuole che Promuovono Salute e quindi abituate a lavorare insieme, su buone pratiche e con l'attenzione al benessere di tutta la comunità scolastica.

Durante il percorso di formazione sopra citato, alla proposta di partecipare al progetto hanno risposto gli Istituti Comprensivi Centro Storico di Moncalieri e Rita Levi Montalcini di Torino, impegnandosi a trasferire nei propri contesti alcune attività di ASF nell'AS 2019-2020.

Istituto Comprensivo "Centro Storico" di Moncalieri

Situato a Moncalieri, città dell'area metropolitana di Torino, raccoglie 1300 studenti in diversi edifici distanti tra loro con 4 scuole dell'infanzia, 4 scuole primarie, 2 scuole secondarie di 1° grado. Il contesto è caratterizzato da una prevalenza di famiglie del ceto medio con un certo numero di famiglie con problemi socio economici. Il 20% circa degli studenti sono stranieri, per lo più provenienti dalla Romania (10%). Al momento del progetto l'Istituto era scuola capofila della rete Piemontese delle scuole che promuovono salute.

¹¹ <https://www.schoolsforhealth.org>

¹² Rete SHE Piemonte <https://www.reteshepiemonte.it>

Istituto Comprensivo “Rita Levi Montalcini” di Torino

Si tratta di un grande Istituto in un unico edificio nel distretto storico “Città di Torino” con 1200 studenti con 2 scuole materne (una con didattica basata sul metodo Montessori), 1 primaria con 30 classi in 6 sezioni ciascuna con orari e organizzazione differente (20 classi a tempo pieno (40h/sett) 5 classi a 27 ore a settimana, 5 classi Montessoriane con 24-27 ore a settimana, 1 secondaria di primo grado. Dal punto di vista socio-economico è una zona di livello medio-alto che negli anni si è trasformata da zona prettamente residenziale a centro di servizi e uffici pubblici con diminuzione degli abitanti, la maggior parte impiegati nella Pubblica Amministrazione e l'arrivo di parecchi stranieri. Al momento del progetto l'Istituto non era membro della rete Piemontese delle scuole che promuovono salute e in seguito ha richiesto di farne parte.

Destinatari dell'intervento sono stati il personale docente e non docente delle due scuole, gli alunni e le loro famiglie e la comunità nel loro insieme.

È stata individuata una referente ASF in ogni singola scuola che ha proposto le attività a tutte le colleghe durante il Collegio d'Istituto; le insegnanti hanno aderito in maniera volontaria. Hanno partecipato 6 classi di Prima Elementare nell'Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini e 5 classi Elementari di vario grado nell'Istituto Centro Storico di Moncalieri.

Obiettivi

Gli obiettivi generali del processo di implementazione sono stati:

- introdurre alcune attività del programma ASF in due scuole della Regione Piemonte
- analizzare e riflettere sulle condizioni di implementazione e sulla trasferibilità e possibilità di diffusione su ampia scala

Obiettivi specifici

- costruire un profilo di base della scuola rispetto alla attività fisica
- incrementare l'attività fisica nei bambini della scuola Primaria
- modificare la cultura organizzativa delle due scuole implementatrici per quanto riguarda l'attività fisica, favorendo un focus specifico delle politiche scolastiche e dei piani programmatici sull'attività fisica e lo stile di vita

Processo di implementazione, secondo le Linee Guida ChrodisPlus (26-27)

Costruzione gruppo di implementazione locale

È stato costituito un gruppo di implementazione locale composto da uno psicologo, esperto in promozione della salute, referente del percorso di implementazione, due educatori esperti in promozione della salute per le scuole con approccio Health Promoting School, un insegnante referente ASF per ogni Istituto Comprensivo coinvolto, due referenti alla promozione della salute dell'Ufficio Scolastico Territoriale di Torino, un

referente per l'attività fisica dell'Ufficio Scolastico Regionale. Tale gruppo ha effettuato incontri periodici (5 in totale), più frequenti nella fase di pre- implementazione e poi a cadenza semestrale per il monitoraggio del percorso.

Il percorso di implementazione si è svolto in 4 fasi.

Fase 1: Scope Analysis (discussione strutturata in gruppo): analisi degli aspetti specifici dell'intervento pianificato in termini di identificazione e descrizione del problema, obiettivi, descrizione della popolazione target, analisi delle componenti dell'intervento fondamentali per il raggiungimento dei risultati, scelta delle componenti della buona pratica da implementare a livello locale.

Fase 2: SWOT Analysis: analisi del gruppo di implementazione locale focalizzata sulla individuazione di punti di forza (Strengths), debolezze (Weaknesses) interne alla organizzazione, opportunità (Opportunities) e minacce (Threats) esterne in relazione a cinque dimensioni (sostenibilità, organizzazione, empowerment, comunicazione e metodo).

Fase 3: elaborazione di un Pilot Action Plan secondo una versione adattata della Collaborative Methodology (28) articolato in oggetto di lavoro, aree di miglioramento, obiettivi specifici, piano per il cambiamento, specifici indicatori per la misurazione del cambiamento.

Fase 4: valutazione del cambiamento con il ciclo PDSA (Plan-Do-Study-Act) (29- 31) che ripercorre i 4 stadi del metodo scientifico (formulare ipotesi, raccogliere dati per testare l'ipotesi formulata, analizzare e interpretare i risultati) a garanzia della flessibilità del processo di implementazione adattato continuamente ai dati forniti dal contesto. Nel presente studio abbiamo realizzato un unico ciclo valutativo PDSA.

Strumenti

Strumenti di comunicazione e monitoraggio Chrodis

- Diario di bordo mensile del processo Chrodis Plus (contenuti: attività realizzate nel mese, misurazioni effettuate, risultati ottenuti, eventuali criticità, attività programmate per il mese successivo e loro misurazione al baseline, barriere percepite, fiducia nella possibilità di raggiungere gli obiettivi stabiliti);
- Report pre-implementazione (novembre 2019) con analisi contesto italiano, Scope e Swot analisi, definizione degli obiettivi e Pilot Action Plan;
- Site visit pre implementazione (giugno 2018, Dublino): il gruppo di lavoro italiano ha potuto incontrare il gruppo di lavoro irlandese e vedere la realizzazione del programma in 4 scuole con caratteristiche diverse.
- Condivisione risultati preliminari e riflessioni sul processo con tutti gli altri implementatori, durante la Conferenza generale Chrodis Plus (maggio 2019)¹³;
- Site visit durante l'implementazione (ottobre 2019, Torino). Karen Cotter, coordina-

¹³ Poster presentato <https://www.dors.it/alleg/bp/201905/Poster%20ASF%20190502.pdf>

trice di ASF Irlanda, ha presentato il programma alla riunione di inizio anno scolastico 2019-2020 della rete regionale delle Scuole che Promuovono Salute; in seguito ha visitato le scuole implementatrici, ha potuto vedere le attività introdotte, fornendo suggerimenti utili per la sostenibilità e il proseguimento delle attività nel tempo;

- Report finale (febbraio 2020) con descrizione delle attività realizzate, risultati e riflessioni;
- Riunioni online a inizio percorso e poi a cadenza bi-mensile o in caso di necessità tra “donors” e implementatori.

Materiali per implementazione ASF¹⁴

- diari di bordo ASF compilati mensilmente dalle referenti ASF delle due scuole
- questionari di autovalutazione della scuola (Self Evaluation Questionnaire, SEQ) compilati al T0 (prima dell’inizio della implementazione, settembre 2018) e T1 (fine anno scolastico, giugno 2019)
- “Teachers’ Perceptions of the Benefits of the ASF Process” (questionario sui benefici percepiti del progetto ASF, sviluppato da un Gruppo di ricercatori irlandesi della Dublin City University – DCU)
- ASF-international success criteria. Lista di criteri di successo internazionali condivisi

Risultati

Analisi di contesto e dei bisogni di salute

Dall’Analisi SCOPE e SWOT, sono emerse le principali differenze tra il sistema scolastico italiano e quello irlandese e gli elementi interni ed esterni all’istituzione scolastica favorevoli e ostacolanti la trasferibilità.

Le dimensioni delle scuole italiane (che a partire dall’Anno Scolastico 2011/2012 sono organizzate in Istituti Comprensivi che raggruppano scuola dell’Infanzia, primaria e secondaria di primo grado) sono molto maggiori (circa 1200-1300 alunni) di quelle delle scuole irlandesi (150-200 alunni) e questo sicuramente rende più complicata l’organizzazione delle attività, l’utilizzo degli spazi comuni e il coinvolgimento degli insegnanti.

Le scuole italiane inoltre, in base al principio di autonomia, possono scegliere programmi/attività/orari anche molto diversi gli uni dagli altri, e spesso queste differenze creano competizione tra Istituti, piuttosto che favorire la solidarietà e il sostegno reciproco.

Infine in Italia il curriculum formativo degli insegnanti della primaria non prevede l’acquisizione di competenza specifica per l’educazione fisica, per cui alcuni non si sentono adeguati nel proporre qualsiasi tipo di attività motoria ai bambini in classe e durante gli intervalli. Inoltre le norme per la sicurezza scolastica impongono molti limiti e restrizione alle attività di movimento, anche autonomo.

¹⁴ I materiali originali irlandesi sono stati tradotti in italiano con autorizzazione ufficiale

Non da ultimo la cultura italiana e quella irlandese sono molto diverse: le scuole irlandesi mantengono una rigida divisione tra maschi e femmine, non ci sono classi e tantomeno scuole miste, gli alunni indossano la divisa e attività all'aperto vengono svolte anche in caso di maltempo, peraltro molto frequente.

Se questi aspetti possono ostacolare o richiedere cautele particolari nella implementazione, dall'altro lato le scuole italiane possiedono già strumenti e programmi strutturati per l'attività fisica, hanno insegnanti motivati e competenti, abituati al lavoro di gruppo e a un approccio didattico interdisciplinare e multidisciplinare. In Piemonte vi è stato uno specifico impegno istituzionale dell'Ufficio Scolastico Regionale e vi sono policy scolastiche sull'attività fisica; inoltre la presenza della rete Regionale delle Scuole che Promuovono Salute (SHE) garantisce contesto, valori, modalità di lavoro comuni. In Italia infine vi è una importante tradizione al lavoro orientato alla inclusione di tutti i bambini e bambine all'interno della classe e non da ultimo la presenza di condizioni climatiche abbastanza favorevoli per le attività all'aperto durante la maggior parte dell'anno scolastico. Hanno aderito al progetto tutte le 6 classi di prima elementare dell'Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini e 10 classi di vario grado dell'Istituto Centro Storico di Moncalieri (5 del plesso D'Azeglio e 5 del plesso Boccia d'Oro), che rappresentano il 28% degli studenti dei due Istituti Scolastici.

Attività realizzate rispetto ai quattro pilastri di ASF

- 1) Profilo della scuola (in termini di proposta curriculare di Educazione Fisica, attività fisica quotidiana e collaborazioni con enti e associazioni per l'attività fisica sul territorio): compilazione al T0 (ottobre 2018, prima dell'avvio della implementazione) e al T1 (giugno 2019, fine anno scolastico) degli strumenti di autovalutazione (SEQ) tradotti e adattati al contesto italiano.
- 2) Educazione Fisica: le due scuole piemontesi hanno rivisto e sistematizzato i programmi per l'educazione fisica, cercando di inserire un maggior numero di attività e di presentare agli allievi sport diversi. Da gennaio 2019 L'Istituto Rita Levi Montalcini ha aggiunto 1 ora di educazione fisica (da 1 a 2 ore /settimanali) al proprio curriculum per tutte le classi della scuola elementare (684 alunni coinvolti/ 684 alunni totali).
- 3) Attività Fisica: le due scuole hanno proposto alle classi aderenti nuove attività, come il "Risveglio Muscolare Guidato" al mattino prima di entrare in aula, corsa o camminata intorno alla scuola, compiti a casa attivi (ad esempio fare una passeggiata di 15 minuti con i genitori o con i nonni, fare 10 flessioni, ecc.....), ricreazioni in cortile, pause attive in classe (con varie applicazioni multimediali e con una serie di materiali in inglese da utilizzare in aula¹⁵).

¹⁵ **GoNoodle** è una applicazione web gratuita con canzoni e video per bambini in inglese; sito web **FunSongs** che contiene canzoni animate, video e centinaia di schede di lavoro graduate da proiettare

- 4) Collaborazioni e alleanze con associazioni del territorio: si sono rinforzate le collaborazioni con Associazioni del territorio per la promozione dell'attività fisica; alunni e famiglie sono stati incoraggiati a partecipare a eventi sportivi e manifestazioni locali (es Bimbinbici, Maratona di Torino, Biciclettata sulla Riviera dei Fiori, Sport Benessere); alcuni genitori al mattino hanno partecipato alle attività di risveglio muscolare o alla breve corsa prima di entrare in aula. Entrambe le scuole hanno cercato di potenziare le proposte (già in parte attive) di collaborazione con varie associazioni sportive per la proposta di attività, organizzando "sessioni di prova" di karate, scherma, ecc.
- 5) Settimana attiva: l'istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini ha organizzato la "settimana attiva", in gemellaggio con la scuola irlandese St Clare's School¹⁶ (6-10 maggio 2019). Durante la settimana attiva tutti (insegnanti e alunni) sono invitati a indossare la tuta da ginnastica e tutte le attività vengono organizzate intorno al movimento, con lezioni all'aperto, proposta di giochi di squadra e "sfide" tra classi, contenuti didattici legati al tema del movimento, compiti a casa legati al movimento. Tutte le attività sono svolte nell'ottica della inclusività e della partecipazione. L'Istituto Comprensivo Centro Storico di Moncalieri ha organizzato una giornata di giochi e attività alla fine dell'anno scolastico per tutte le classi.
- 6) Cultura organizzativa: entrambe le scuole hanno inserito attività legate al movimento nel loro Piano Triennale di Offerta Formativa (PTOF) e nella Carta dei Servizi dell'Istituto, facendo una policy specifica sull'attività fisica.

Per la valutazione dei risultati della implementazione abbiamo effettuato una valutazione qualitativa e descrittiva dei materiali prodotti.

La somministrazione dei questionari di Autovalutazione (SEQ) ha permesso la costruzione di un profilo della scuola in termini di offerta, strutture/attrezzature e collaborazioni per la promozione del movimento a scuola, punto di partenza per la progettazione e la programmazione didattica.

Il 28% degli alunni delle due scuole ha partecipato alle attività proposte, il gradimento delle attività è stato alto, nessuna classe ha abbandonato durante il percorso di implementazione e nel corso dell'anno altre classi hanno aderito al programma. Il tempo dedicato a varie forme di attività motoria a scuola dai bambini delle classi partecipanti è stata di circa 30-45 min al giorno, tempo significativo per il raggiungimento dei circa 60 minuti al giorno suggeriti dalle raccomandazioni OMS. Una delle due scuole ha raddoppiato le ore curriculari settimanali dedicate all'educazione fisica (da 1 a 2 h/sett). Lo svolgimento di attività motorie delle classi insieme al proprio insegnante ha favorito anche la relazione

o da fotocopiare per uso in classe; **video youtube** wakeup shakeup

Schede e materiali in inglese <https://activeschoolflag.ie/index.php/resources/#toggle-id-4>

¹⁶ Articolo apparso su Irish Time <https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/parenting/how-an-irish-project-to-get-kids-more-active-is-proving-a-hit-abroad-1.3869350>

insegnante alunni.

Le insegnanti intervistate al termine della implementazione (settembre 2018-febbraio 2020) hanno trovato le attività facili da introdurre nella routine scolastica e apprezzate dai bambini che, dopo averle realizzate in classe o nel cortile, si mostrano più attenti e collaborativi durante le lezioni. Un bambino con disabilità motorie ha mostrato di trarne giovamento dal punto di vista comportamentale e anche in termini di coordinazione motoria.

L'utilizzo di materiali didattici in lingua inglese (Table Charts, Challenge Charts, Maps...) ha favorito l'apprendimento trasversale e l'interdisciplinarietà.

L'entusiasmo delle classi e delle insegnanti che hanno implementato le attività e la percezione dei benefici in termini di energia e attenzione dei bambini durante le lezioni costituiscono un importante elemento per favorire la sostenibilità e la generalizzazione dell'iniziativa. Sono stati realizzati video delle attività introdotte da utilizzare come materiale divulgativo.

Alcune differenze tra le due scuole:

La referente di ASF nell'Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini, plesso della primaria Alfieri, è una insegnante della scuola Primaria stessa, ha quindi potuto proporre direttamente alle colleghe le attività osservate durante la study visit in Irlanda, verificare direttamente le condizioni di fattibilità nel suo contesto e fungere da esempio per le altre insegnanti per la realizzazione diretta delle attività intra ed extra-scolastiche. Inoltre aveva la propria classe dove proporre le attività, facendo leva sulla relazione personale con allievi e familiari.

La referente di ASF per l'Istituto Comprensivo di Moncalieri è invece docente di Educazione Fisica alla scuola secondaria di primo grado; quindi ha una preparazione più specifica per l'attività fisica ma non ha rapporti diretti o attività comuni con le insegnanti della Primaria. Ha quindi avuto qualche difficoltà in più nel proporre le attività alle colleghe che lavorano nella Primaria, ha avuto però un supporto significativo dalla Dirigente Scolastica che ha subito inserito le attività nel Piano Triennale di Offerta Formativa della scuola dedicando particolare attenzione al tema dell'attività fisica.

Infine, anche gli aspetti ambientali e logistici hanno avuto rilevanza: la Primaria Alfieri (Istituto Comprensivo Rita Levi Montalcini) comprende 30 classi situate in un unico edificio, quindi le insegnanti collaborano e si influenzano reciprocamente; i due plessi di Primaria Boccia d'Oro e D'Azeglio (Istituto Comprensivo Centro Storico Moncalieri) sono collocati in due diversi edifici, distanti tra loro, e questo ha reso più difficile lo scambio e il modellamento reciproco.

	Processo	Risultati		Fonti
		Baseline (ottobre 2018)	Fine implementazione (gennaio 2020)	
Obiettivi specifici SO1: incrementare l'attività fisica nei bambini della scuola Primaria SO2: Modificare la cultura organizzativa delle due scuole per quanto riguarda l'attività fisica, favorendo un focus specifico delle politiche scolastiche e dei piani programmatici sull'attività fisica e lo stile di vita		Scuole che propongono 2 intervalli attivi ogni giorno per tutte le classi (0/2 scuole) PTOF con attività ASF /PTOF scuole coinvolte: 0/2	Scuole che propongono 2 intervalli attivi ogni giorno per tutte le classi (100% 2/2 scuole) PTOF con attività ASF /PTOF scuole coinvolte: (100% 2/2)	Diario di bordo (uno per ogni scuola) Policy scolastica e contenuto PTOF International Success Criteria List
Attività SO1.2: Compilazione Self Evaluation Questionnaire (SEQ Physical education, SEQ physical activity, SEQ partnership) SO1.3: introduzione di attività ASF nella routine scolastica - stretching e risveglio muscolare - camminata/corsa prima di entrare in classe, - 2 intervalli attivi in cortile, - pause attive durante le lezioni (5-10min),	compilazione SEQ (100%) 1.3.1 alunni coinvolti/tot alunni: (20% 140/684 RLM ¹ ; 38% 200/528 CS ²) 1.3.2 classi coinvolte/ tot classi: (20% 6/30 RLM, 36% 10/28 CS)	SEQ a T0 (2/2) Scuole con attività ASF nella routine scolastica: (0/2)	SEQ a T1 (2/2) Scuole con attività ASF nella routine scolastica: 100% (2/2)	SEQ compilati Diario di bordo Lista di criteri di successo internazionali
SO1.4: Organizzazione di una Active School Week (ASW)		Scuole che realizzano una settimana attiva ogni anno: (0/2)	Scuole che hanno realizzato una settimana attiva nello scorso AS: 50%, (1/2 scuole)	Articolo pubblicato su Irish journal https://www.irishtimes.com/life-and-style/health-family/parenting/how-an-irish-project-to-get-kids-more-active-is-proving-a-hit-abroad-1.3869350
SO2.1: le attività ASF sono incluse nei documenti di policy scolastica e nel PTOF (Piano triennale di Offerta Formativa)		n. PTOF che prevedono attività ASF/ numero PTOF scuole coinvolte (0/2)	n. PTOF che prevedono attività ASF/ numero PTOF scuole coinvolte (100%, 2/2)	PTOF delle scuole International Success Criteria List
SO2.2: tutte le attività sono inclusive e organizzate in modo da poter essere realizzate da tutti gli alunni	2.2 raggiungimento standard indicato dagli International Success Criteria: 100%			
SO2.3: la scuola informa alunni e famiglie sulle opportunità per il movimento offerte dalla comunità locale	2.3 raggiungimento standard indicato dagli International Success Criteria: 100%			

¹ IC Rita Levi Montalcini, Torino

² IC Centro Storico, Moncalieri

Tabella 1 - Sintesi percorso e risultati

Conclusioni

In conclusione possiamo affermare che il percorso di trasferimento di una buona pratica, anche tra nazioni e contesti culturali diversi, può dare buoni risultati se ci si avvale di una procedura chiara, condivisa e standardizzata, applicabile in diversi setting di promozione della salute (32), che favorisca la comunicazione e la condivisione di conoscenze tra gruppi di lavoro strutturati con partecipazione di rappresentanti degli stakeholders locali (decisori e destinatari intermedi). Le caratteristiche della pratica da trasferire, la preparazione al processo di implementazione e la adattabilità della pratica con il contesto in cui si vuole implementare si sono confermati essere elementi importanti (8, 33). Il processo di implementazione è un processo dinamico e attivo; quindi una cornice di riferimento metodologica chiara e strutturata aiuta a esplicitare, misurare e considerare le condizioni di contesto. La comunicazione e lo scambio di conoscenze (knowledge exchange) sono elementi chiave per ogni processo di trasferimento e implementazione, per conoscere le condizioni di applicazione, le strutture organizzative necessarie ed evitare di commettere errori già compiuti da altri (fondamentali sono stati i momenti delle site visit, i meeting online e i frequenti contatti) (34). La site visit da parte del gruppo di implementatori sul luogo dove è realizzato l'intervento originario è stata fondamentale per vedere in opera e comprendere gli aspetti di processo prima del trasferimento della pratica; visite periodiche al contesto di implementazione da parte dei "donatori" sono indispensabili per superare alcune criticità ed eventualmente rimodulare le attività (si considera ottimale una visita pre implementazione e 1-2 visite durante il processo).

Sempre al fine di favorire la comunicazione è importante la creazione di un "sistema" per la condivisione di idee, attività, strumenti, risultati tra siti implementanti differenti (l'uso dei social per la condivisione può essere molto utile).

Il coinvolgimento dei decisori locali (Ufficio Scolastico Regionale e Provinciale) ha favorito e sostenuto il recepimento del percorso, integrandolo in una cornice concettuale di significato istituzionale. La partecipazione fattiva e la motivazione dei Dirigenti Scolastici ha favorito l'inserimento delle attività nella policy scolastica a garanzia di sostenibilità del percorso e, non da ultimo, una forte motivazione da parte degli insegnanti referenti e di quelli che hanno partecipato alla implementazione delle attività nelle loro classi hanno fatto sicuramente la differenza nel determinare il successo e la sostenibilità della implementazione.

La coerenza del programma con interessi locali e attività già in corso ha sicuramente facilitato il processo: inserire una Buona Pratica in un contesto già orientato al modello "scuole che promuovono salute" ha fornito un contesto fertile e ricettivo in termini di network e di supporto. Inoltre una delle due scuole implementatrici partecipava già al progetto "Joy of moving"¹⁷, inserito fra le buone pratiche trasferibili nelle Linee di indi-

¹⁷ Nato dalla sinergia tra l'Università degli Studi di Roma "Foro italico", il Coni e il MIUR del Piemonte, propone un metodo educativo innovativo, validato scientificamente <https://www.joyofmovinghan->

rizzo 2019 sull'attività fisica nel setting scuola emanate dal Ministero della Salute¹⁸. Per questo motivo una accurata e dettagliata analisi del contesto di partenza della Buona Pratica e del contesto di implementazione sono cruciali.

Il fatto di aver inserito le attività in strutture e quadri di riferimento preesistenti ha favorito la trasferibilità e la sostenibilità nel tempo dell'intervento. L'organizzazione e la realizzazione di servizi/interventi/programmi di promozione della salute non coerenti con i valori e le caratteristiche del contesto potrebbe causare un rifiuto della pratica stessa, percepita come estranea, come una responsabilità o un carico aggiuntiva da parte degli implementatori, inficiando l'implementazione stessa (33).

Importante è stato infine identificare nel gruppo di implementazione locale dei "ganci" locali che, lavorando stabilmente con le scuole piemontesi e conoscendone a fondo logiche ed equilibri hanno saputo coinvolgere e motivare gli stakeholder, facilitando l'inserimento del progetto in una logica di senso e di significato per la scuola stessa. Anche in letteratura è sottolineata l'importanza per il processo di implementazione la presenza di figure chiave a livello locale che agiscano per favorire la connessione tra programmi preesistenti e buona pratica, che coinvolgano i decisori politici nel proporre e favorire il senso della implementazione (35).

Il referente per l'implementazione ha svolto il ruolo di "amministratore del cambiamento" con una visione globale del processo e cercando di favorire la connessione tra risultati raggiunti e diversi interessi locali, garantendo sostegno, continuità e coerenza tra percorso di implementazione e caratteristiche del contesto locale, favorendo lo svolgimento delle attività e aiutando a risolvere eventuali difficoltà e problemi lungo il percorso (34, 36).

Elementi specifici della pratica ASF

Osservando il contesto culturale italiano (simile ma differente in alcuni aspetti rispetto a quello irlandese) possiamo ipotizzare che il programma ASF nella sua interezza sia poco applicabile in Italia ma perfettamente integrabile nella quotidianità scolastica per alcune sue azioni specifiche.

Molto importante è stata la parte di analisi della situazione di partenza della scuola con gli strumenti di autovalutazione (SEQ) che hanno permesso una riflessione su attività/risorse/collaborazioni già in essere e in linea con i quattro pilastri di ASF (educazione fisica, attività fisica, collaborazioni e settimana attiva), eventualmente da potenziare e sistematizzare. Gli strumenti tradotti e adattati al contesto italiano possono essere materiale utile per futuri progetti relativi alla attività fisica nelle scuole. Dalla analisi delle condizioni di base delle scuole sono emerse le aree di miglioramento e le azioni da intraprendere: ad esempio la sistematizzazione delle ore di educazione fisica curricolari e i loro programmi

dbook.com/it/home-page

¹⁸ http://www.salute.gov.it/imgs/C_17_pubblicazioni_2828_allegato.pdf

(Educazione Fisica), l'introduzione di attività nuove come il risveglio muscolare prima dell'ingresso in aula, la corsa/camminata intorno alla scuola, le pause attive in classe (Attività Fisica), il potenziamento delle collaborazioni e delle sinergie con le associazioni sportive del territorio e la partecipazione agli eventi locali (Partnership) o l'organizzazione di un evento specifico dedicato alla attività fisica (Settimana Attiva). Lavorare in maniera sinergica sul potenziamento e sostegno dei 4 pilastri di ASF permette di realizzare interventi coerenti e sinergici da inserire nella policy scolastica per l'attività fisica.

L'implementazione di ASF si è rivelata infatti anche una importante occasione per favorire la consapevolezza della comunità scolastica (Dirigenti scolastici, personale, famiglie e alunni) sull'importanza dell'attività fisica anche per la concentrazione e il miglioramento dei risultati scolastici negli alunni. Una volta compreso il significato delle iniziative per l'incremento della attività fisica e i benefici sulla salute e la qualità della vita, tali iniziative non vengono più considerate come elementi opzionali o attività che "fanno perdere tempo" ma come meccanismi che possono migliorare la qualità dell'insegnamento e dell'apprendimento con il diritto a una specifica collocazione spaziale e temporale all'interno dell'organizzazione scolastica.

Purtroppo in questo nuovo anno scolastico, con pesanti restrizioni a causa del Covid19, una delle attività che rischiano di essere particolarmente limitate/penalizzate sarà proprio il movimento e l'attività fisica; diventa invece strategico ripensare attività e spazi all'interno della scuola e nella comunità circostante perché ora più che mai è importante incoraggiare l'attività fisica visto l'impatto della pandemia sul benessere emotivo e sociale dei bambini. Essere fisicamente attivi può contribuire a prevenire l'ansia e la depressione e a mantenere gli studenti in forma.

Ringraziamenti.

Un particolare ringraziamento va a Karen Cotter (coordinatore nazionale ASF Irlanda), Teresa Bennet (HSE Ireland's Health Services) e Helen McHavoy (Institute of Public Health Ireland); Chrodis+ Coordinators and Governing Board

I riferimenti sitografici sono aggiornati al 15 ottobre 2020.

Finanziamenti: questa ricerca è stata finanziata dalla Unione Europea, nel contesto del 3° Health Program (2014–2020) Grant Number 761307.

Bibliografia

1. Bauer MS, Kirchner J. Implementation science: What is it and why should I care? *Psychiatry Res.* 2020; 283: 112376. doi:10.1016/j.psychres.2019.04.025
2. Perleth M, Jakubowski E, Busse R. What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems. In *Health Policy*, New York, 2001; 56 (3): 235-250.

3. Public Health Agency of Canada, Canadian Best Practice Portal, 2015. [Online]. Disponibile all'indirizzo: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/about-best-practices/>. [accesso: 15-ottobre-2020].
4. Centre for Health Promotion, Best Practices in health promotion. University of Toronto, 2015. [Online]. Disponibile all'indirizzo: <http://sites.utoronto.ca/chp/bestp.html>. [accesso: 15-ottobre-2020].
5. Kahan B, Goodstadt M. The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. *Health Promot. Pract.* 2001; vol. 2(1): 43-67.
6. Faggiano F, Caristia S, Coppo A, Coffano E, Ragazzoni P. Una riflessione sulle "Buone Pratiche per la Prevenzione" in Italia. In Bassi M, Calamo-Specchia F, Faggiano F, Nicelli A, Ricciardi W, Signorelli C, Siliquini E, Valsecchi M. (eds) *Rapporto Prevenzione 2015. nuovi strumenti per una prevenzione efficace*. Milano: Franco Angeli; 2015, pp 109-122. ISBN 9788891726131
7. Rowbotham S, Conte K, Hawe P. Variation in the operationalisation of dose in implementation of health promotion interventions: Insights and recommendations from a scoping review. *Implement. Sci.* 2019; 14: 56.
8. Pfadenhauer LM, Gerhardus A, Mozygemba K, Lysdahl KB, Booth A, Hofmann B, Rehfuess E. Making sense of complexity in context and implementation: The Context and Implementation of Complex Interventions (CICI) framework. *Implement. Sci.* 2017; 12: 21.
9. May CR, Johnson M, Finch T. Implementation, context and complexity. *Implement. Sci.* 2016; 11: 141.
10. Greenhalgh T, Robert G, Macfarlane F, Bate P, Kyriakidou O. Diffusion of innovations in service organizations: Systematic review and recommendations. *Milbank Q.* 2004; 82: 581-629.
11. World Health Organization. Report on the Public Consultation to Inform Development of the Framework on Integrated People-Centred Health Services. No. WHO/HIS/SDS/2016.4. Geneva: World Health Organization, 2016. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246252/WHO-HIS-SDS-2016.4-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
12. Gurlan M, Bernard P, Bortolon C, Romain AJ, Lareyre O, Carayol M, Boiché J. Efficacy of theory-based interventions to promote physical activity. A meta-analysis of randomised controlled trials. *Health Psychol. Rev.* 2016; 10: 50-66.
13. Wolfenden L, Jones J, Williams CM, Finch M, Wyse RJ, Kingsland M, Small T. Strategies to improve the implementation of healthy eating, physical activity and obesity prevention policies, practices or programmes within childcare services. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2016, 10, CD011779.
14. World Health Organization (WHO). Global Recommendations on Physical Activity for Health. Geneva: World Health Organisation, 2010. Disponibile all'indirizzo: <http://www.who.int/dietphysicalactivity/pa/en/index.html>
15. World Health Organization. Guidelines on physical activity, sedentary behaviour and sleep for children under 5 years of age. Geneva: World Health Organization, 2019. Disponibile all'indirizzo: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/311664>.
16. Lee IM, Shiroma EJ, Lobelo F, Puska P, Blair SN, Katzmarzyk P.T. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. *Lancet.* 2012; 380: 219-229.
17. Janssen I, Leblanc A. Systematic Review of the Health Benefits of Physical Activity in School-Aged Children and Youth. *Int. J. Behav. Nut. Phys. Act.* 2009; 11: 7-40.
18. Dobbins M, Husson H, DeCorby K, LaRocca R.L. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6 to 18. *Cochrane Database Syst. Rev.* 2013, (2):CD007651. doi:10.1002/14651858.CD007651.pub2
19. McMullen J, Kulinna P, Cothran D. Physical activity opportunities during the school day: classroom teachers' perceptions of using activity breaks in the classroom. *J. Teach. Phys. Educ.* 2014; 33: 511-527.
20. McKenzie TL, Lounsbery M.A.F. The pill not taken: revisiting physical education teacher effective-

- ness in a public health context. *Res. Q. Exerc. Sport* 2014; 85 (3): 287-292.
21. Powell E, Woodfield LA, Nevill A.M. Children's physical activity levels during primary school break times: a quantitative and qualitative research design. *Eur. Phys. Educ. Rev.* 2015; 22: 82-98. Disponibile all'indirizzo: <https://doi.org/10.1177%2F1356336X15591135>
 22. Global Advocacy for Physical Activity (GAPA) the Advocacy Council of the International Society for Physical Activity and Health (ISPAH). *NCD Prevention: Investments that Work for Physical Activity*. February 2011. Disponibile all'indirizzo: www.globalpa.org.uk/investmentsthatwork
 23. McNamara G, O'Hara J. The importance of the concept of self-evaluation in the changing landscape of educational policy. *Studies in Educational Evaluation* 2008; 34: 173-179.
 24. Schildkamp K, Visscher A. Factors influencing the utilisation of a school self-evaluation instrument. *Studies in Educational Evaluation* 2009; 35(4): 150-9.
 25. Schildkamp K, Visscher A, Luyten H. The effects of the use of a school self-evaluation instrument. *School Effectiveness and School Improvement* 2010; 20(1): 69-88.
 26. Zabala AF, Txarramendieta Suarez J, de Manuel Keenoy E, Barbolini M. *Guideline on Implementation Strategy-Module 1: Pre-Implementation Phase; Joint Action CHRODIS-PLUS*. Geneva: World Health Organization; 2018.
 27. Palmer K, Carfi A, Angioletti C, Di Paola A, Navickas R, Dambrauskas L, Gimeno-Miguel A. A methodological approach for implementing an Integrated Multimorbidity Care Model: Results from the pre-implementation stage of Joint Action CHRODIS-PLUS. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2019; 16, 5044.
 28. AA.VV. *The Breakthrough Series: IHI's Collaborative Model for Achieving Breakthrough Improvement*. IHI Innovation Series white paper. Boston: Institute for Healthcare Improvement; 2003. Disponibile all'indirizzo: <http://www.ihl.org/resources/Pages/IHIWhitePapers/TheBreakthroughSeriesIHI'sCollaborativeModelforAchievingBreakthroughImprovement.aspx>
 29. Taylor MJ, McNicholas C, Nicolay C, Darzi A, Bell D, Reed, J.E. Systematic review of the application of the plan-do-study-act method to improve quality in healthcare. *BMJ Qual. Saf.* 2014; 1: 290-298.
 30. Reed JE, Card A.J. The problem with Plan-Do-Study-Act cycles. *BMJ Qual.* 2016; 25: 147-152.
 31. Coury J, Schneider JL, Rivelli JS, Petrik AF, Seibel E, D'Agostini B, Coronado G.D. Applying the Plan-Do-Study-Act (PDSA) approach to a large pragmatic study involving safety net clinics. *BMC Health Serv. Res.* 2017; 17: 411.
 32. Barnfield A, Savolainen N, Lounamaa A. Health Promotion Interventions: Lessons from the Transfer of Good Practices in CHRODIS-PLUS. *Int. J. Environ. Res. Public Health* 2020; 17: 1281. doi:10.3390/ijerph17041281 <http://www.mdpi.com/journal/ijerph>
 33. Pearson M, Chilton R, Wyatt K, Abraham C, Ford T, Woods HB, Anderson R. Implementing health promotion programmes in schools: A realist systematic review of research and experience in the United Kingdom. *Implement. Sci.* 2015; 10: 149.
 34. Rapport F, Clay-Williams R, Churrua K, Shih P, Hogden A, Braithwaite J. The struggle of translating science into action: Foundational concepts of implementation science. *J. Eval. Clin. Pract.* 2018; 24: 117-126.
 35. Denis J, Hebert Y, Langley A, Lozeau D, Trottier L. Explaining diffusion patterns for complex health care innovations. *Health Care Manag. Rev.* 2002; 27: 60-73.
 36. Keshavarz N, Nutbeam D, Rowling L, Khavarpour F. Schools as social complex adaptive systems: A new way to understand the challenges of introducing the health promoting schools concept. *Soc. Sci. Med.* 2010; 70: 1467-1474.
 31. Fugini M, Bracci E, Sicilia M. eds, *Co-production in Public Sector. Experiences and Challenges*. Switzerland: Springer I.P.; 2016.

32. Dent M, Pahor M. Patient involvement in Europe – a comparative framework. *Journal of Health Organization and Management* 2015; Vol. 29 Iss 5: 546-555.
33. Bovaird T. Beyond engagement and participation: user and community coproduction in public services. *Public Administration Review* 2007; Vol. 67 No. 5: 846-860.
34. Hibbard JH, Stockard J, Mahoney ER, Tusler M. Development of the patient activation measure (PAM): Conceptualizing and measuring activation in patients and consumers. *Health Serv. Res.* 2004; 39(4 Pt 1): 1005-1026.
35. Bovaird T, Loeffler E. From engagement to co-production: The contribution of users and communities to outcomes and public value. *Voluntas* 2012; 23(4): 1119-1138.
36. Gilardi S, Guglielmetti C, Marsilio M, Sorrentino M. Co-production in Health care. Moving Patient Engagement Towards a Managerial Approach. In Fugini M., Bracci E., Sicilia M., eds, *Co-production in Public Sector. Experiences and Challenges*. Switzerland: Springer I.P.; 2016.
37. Loeffler E, Power G, Bovaird T, Hine-Hughes F. *Co-production of Health and Wellbeing in Scotland*. Edinburgh: Governance International; 2013.
38. Pellegrini O, Ceroni P, Dall'Aglia R, Soncini C. Il Budget di Salute e le politiche sanitarie e sociali. In Pellegrini O, Ceroni P, Dall'Aglia R, Soncini C. a cura, *Soggetto, Persona, Cittadino. Il Budget di Salute. Esperienze in Emilia Romagna*, Merano: Ed. Alpha beta; 2019.
39. Good BJ. *Narrare la malattia. Lo sguardo antropologico sul rapporto medico-paziente*. Torino: Edizioni di Comunità; 1999.
40. Charon R. *Medicina narrativa. Onorare le storie dei pazienti*. Milano: Cortina; 2019.
41. Demetrio D. *Raccontarsi. L'autobiografia come cura di sé*. Milano: Cortina; 1996.
42. Alastra V. *Le verità e le decisioni. Narrare la cura e l'esperienza di malattia oncologica*. Lecce: Pensa Multimedia; 2018.
43. Antonowsky A. The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International* 1996; vol 11, 1: 11-18.
44. Pelikan JM. The Application of Salutogenesis in Healthcare Settings. In Mittelmark MB, Sagy S, Eriksson M. et al., eds, *The Handbook of Salutogenesis*. Switzerland: Springer; 2017.
45. Tognetti M. Salutogenesi e medicine complementari-alternative. Quale relazione in tempo di crisi economica. In Ingrosso M, Pierucci P. a cura, *Relazioni di cura nell'era digitale. Le persone in cura come partner nei percorsi terapeutici*. Roma: Aracne; 2019.
46. The Danish Committee for Health Education, Careum, WHO/Europe and European Network for Patient Empowerment Patient Empowerment: Responding to the NCD challenge - 1st European Conference on Patient Empowerment. Copenhagen, 11th-12th April 2012.
47. Society for Participatory Medicine Participatory Medicine Manifesto. 2018; <https://participatory-medicine.org/manifesto/>.
48. Thomas J.C. Citizen, Customer, Partner: Rethinking the Place of the Public in Public Management. *Public Adm. Rev.* 2013; 73(6): 786-796.
49. Sorrentino M, Guglielmetti C, Gilardi S, Marsilio M. Health care services and the coproduction puzzle: Filling in the blanks. *Adm. Soc.* 2015; 9: 1-26.
50. Mittelmark MB, Bauer G.F The Meanings of Salutogenesis. In Mittelmark M.B., Sagy S., Eriksson M. et al., eds, *The Handbook of Salutogenesis*. Switzerland: Springer; 2017.

Conflitti di interesse dichiarati: nessuno