

S

F

S C I E N Z E
D E L L A
F O R M A Z I O N E

A cura di Paride Braibanti,
Anna Maria Benaglio
e Maria Giuditta Servidati

Percorsi di Life Skills Education nella formazione professionale

Una frontiera per
la promozione della salute

Contributi di A.M. Benaglio, E. Besola, F. Bianchi,
P. Braibanti, M. D'Angelo, G. Pupazzoni,
M.G. Servidati, V. Strappa



PROVINCIA DI BERGAMO

FrancoAngeli

A cura di Paride Braibanti,
Anna Maria Benaglio
e Maria Giuditta Servidati

Percorsi di Life Skills Education nella formazione professionale

**Una frontiera per
la promozione della salute**

Contributi di A.M. Benaglio, E. Besola, F. Bianchi,
P. Braibanti, M. D'Angelo, G. Pupazzoni,
M.G. Servidati, V. Strappa

FrancoAngeli

Copyright © 2008 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Presentazione , di <i>Valerio Bettoni e Giuliano Capetti</i>	pag. 9
1. Una nuova concezione della salute per lo sviluppo personale e sociale dei giovani	» 13
1. Sviluppo del concetto di salute e un nuovo punto di vista per l'intervento sociale	» 13
2. Salute, normalità e patologia nella fenomenologia del disagio giovanile e delle dipendenze	» 21
2.1. Fattori rischio e fattori protettivi	» 25
3. Strategie di prevenzione	» 28
3.1. Principi e linee guida	» 30
4. Modelli di intervento preventivo	» 30
5. Il modello "Skills for Life"	» 31
5.1. Riconoscimento delle esigenze collettive della comunità scolastica	» 32
5.2. Un modello di sviluppo dell'azione educativa	» 34
5.2.1. Preparazione del cambiamento	» 35
5.2.2. Le fasi di costruzione dell'azione	» 36
5.2.3. Valutare, riflettere e ripartire	» 37
5.3. Le abilità	» 38
2. La ricerca-intervento per la promozione della salute e la prevenzione delle dipendenze nella formazione professionale della Provincia di Bergamo	» 41
1. Perché una ricerca/intervento sui Centri di Formazione Professionale?	» 41
1.1. Motivazioni del progetto	» 43

2.	Alcuni dati epidemiologici	pag. 44
2.1.	Indagine ISPAD (Italian Population Survey on Alcohol and Drug, 2003)	» 45
2.2.	Indagine ESPAD (European School Survey Project on Alcohol and Other Drugs)	» 46
3.	Obiettivi della ricerca-intervento	» 47
3.1.	Destinatari	» 47
3.2.	Azioni previste	» 48
3.3.	Dispositivi organizzativi e sviluppo del progetto	» 49
3.4.	Fasi del progetto. Interventi sui target coinvolti nel progetto	» 49
3.5.	Gestione dati, elaborazione esiti	» 50
3.6.	Valutazione	» 51
3.	La formazione professionale	» 52
1.	Analisi del contesto	» 52
2.	Il sistema della formazione professionale nella Provincia di Bergamo	» 55
3.	Sistema scolastico e formazione professionale: prospettive di integrazione per la promozione del successo formativo	» 66
3.1.	Sistema scolastico e contesto sociale	» 67
3.2.	Le iniziative metodologico-didattiche	» 71
3.3.	Conclusioni	» 73
4.	L'indagine sul campo	» 74
1.	Indagine sulla popolazione dei soggetti tra 14 e 18 anni che frequentano i Centri di Formazione Professionale della Provincia di Bergamo	» 74
1.1.	Caratteristiche del campione	» 75
1.2.	Le risposte al questionario	» 77
1.3.	Le storie	» 97
1.4.	Analisi single source	» 103
2.	I focus group	» 109
2.1.	I focus group con gli studenti e gli insegnanti	» 110
2.2.	Analisi dei contenuti	» 113

2.2.1. Grounded Theory	pag. 114
2.2.2. Analisi degli atti illocutori	» 115
2.2.3. Modello attanziale	» 117
3. Conclusioni: l'adolescenza e le sue criticità nei giovani della FP	» 127
3.1. Regolazione emozionale e uso di sostanze: definizione fattori rischio e protezione dentro la formazione professionale	» 129
5. Attivazione degli adulti nel sistema di FP e, in particolare, di un gruppo di docenti della formazione professionale	» 132
1. Primo anno: preparazione del cambiamento	» 133
1.1. La formazione	» 133
1.2. Riflessioni conclusive	» 140
2. Secondo anno: pianificazione dell'azione	» 140
Conclusione	» 169
1. La diffusione del modello Skills for Life	» 170
2. La cultura locale come unità di analisi dell'intervento di Skills for Life	» 173
3. La categoria dell'impegno e la promozione della salute negli adolescenti	» 175
4. Il ruolo delle Life Skills nell'esplorazione di competenze di azione e del loro impegno nella trasformazione dello stato delle cose	» 177
Appendice. Il questionario	» 181
Bibliografia	» 203

Presentazione

di *Valerio Bettoni*, Presidente della Provincia di Bergamo,
e *Giuliano Capetti*, Assessore Istruzione, Formazione e Lavoro
della Provincia di Bergamo

Il progetto “Formazione professionale e apprendistato: frontiera e sfida per la prevenzione” trova le sue radici in un precedente progetto (2002-2003), sempre finanziato con il Fondo Nazionale per la Lotta alla Droga *ex legge 45/1999* “Corso per Operatori del trattamento delle dipendenze. Ricerca/azione sui modelli di funzionamento interno e coordinamento tra i servizi”.

Uno dei dati significativi, emersi all’interno di tale percorso, è il progressivo dilatarsi delle pratiche di consumo e abuso di sostanze stupefacenti sia legali che illegali, in fasce d’età precedentemente poco coinvolte. In particolare si evidenziava nel territorio un sempre maggior coinvolgimento degli adolescenti.

Il progetto del quale si offrono gli esiti in questo volume nasce dalla precisa volontà di alcuni dei partner della precedente ricerca/azione, di non limitarsi a leggere la realtà, ma di farsi carico delle problematiche emerse per approfondirle e individuarne le azioni più proficue di intervento. La valorizzazione degli esiti del precedente progetto, in linea con le indicazioni dell’Unione Europea di implementare azioni di mainstreaming in tutti i propri progetti, ha permesso il contenimento del crescente rischio di frammentarietà e discontinuità di interventi e servizi, cui sono esposti i territori a fronte della sempre più diffusa logica di finanziamento a progetto.

La Provincia di Bergamo, nel rispetto delle proprie competenze istituzionali in materia di formazione professionale e apprendistato, ha voluto focalizzare la ricerca all’interno dei corsi pubblici e privati attivi sul proprio territorio nell’ambito dell’obbligo formativo, anche in considerazione della totale assenza di precedenti e della frammentarietà delle esperienze di educazione alla salute e prevenzione delle dipendenze garantite altresì nel sistema dell’istruzione dagli interventi di informazione e consulenza attuati in collaborazione tra organizzazioni scolastiche e servizi specialistici dell’ASL ai sensi del DPR 309/1990. Il sistema dell’Istruzione (nei diversi or-

dini e gradi) è stato inoltre oggetto di un'ampia diffusione di ricerche assimilabili, sia in Italia che all'estero.

Il progetto "Formazione professionale e apprendistato: frontiera e sfida per la prevenzione" è attualmente l'unica esperienza di questo tipo in Europa.

Ciò appare ancor più significativo date le caratteristiche degli allievi dei corsi di qualifica di base e degli apprendisti, spesso "reduci" da fatiche e insuccessi scolastico-lavorativi e portatori di fragilità personali e sociali, che agevolano i processi di marginalizzazione sociale e di esposizione al rischio.

L'esclusività e la novità non sono però i soli meriti di questa ricerca i cui significativi esiti non si esauriscono nei dati e nelle loro rilevanti elaborazioni quantitative e qualitative, ma si estendono:

- a una rinnovata sensibilizzazione e allo sviluppo di maggiori competenze tra gli operatori del sistema pubblico-privato della formazione professionale bergamasca;
- alla costruzione di collaborazione, confronti interprofessionali e interistituzionali;
- all'individuazione di potenziali sviluppi formativi, progettuali e operativi.

Tali risultati sono stati possibili grazie alla disponibilità delle strutture di formazione, degli allievi e delle loro famiglie e grazie all'impegno di molti professionisti. Tra questi un particolare ringraziamento va al gruppo che ha ideato e che è stato il motore del progetto stesso, costituito dal prof. Paride Braibanti, responsabile del progetto e membro del Comitato Tecnico Scientifico del progetto nazionale "Life Skills Education" del Ministero per l'Istruzione, l'Università e la Ricerca scientifica, al prof. Walter Fornasa, responsabile scientifico, alla dott.ssa Anna Maria Benaglio, esperta ASL, e dalla dott.ssa Maria Giuditta Servidati, esperta designata dalla Provincia di Bergamo al "Tavolo di coordinamento territoriale ex lege 45/1999". Un sentito ringraziamento anche a tutti i formatori coinvolti che hanno dimostrato quanto il sistema della formazione professionale sia consapevole del proprio mandato educativo e sia ben lontano da logiche strettamente addestrative.

Ringrazio inoltre tutti i collaboratori, ricercatori, amministrativi e coordinatori, senza il cui impegno il progetto non sarebbe stato possibile.

Unico neo l'impossibilità di attuare la ricerca, contrariamente a quanto previsto dal progetto, nell'ambito della formazione per apprendisti in obbligo formativo a causa della non attivazione di tali percorsi nel periodo di attuazione della ricerca, dovuta alla necessità di ridefinizione delle linee di

indirizzo a livello decentrato a fronte dell'evoluzione normativa sia in campo lavorativo (leggi 30/2003 e ss.), sia nel campo del diritto/dovere all'istruzione e formazione (leggi 53/2003 e ss.).

Ciò può tradursi nell'auspicio che il progetto "Formazione professionale e apprendistato: frontiera e sfida per la prevenzione" non resti un'esperienza isolata, ma generi opportunità di replicabilità in altri spazi e in altri tempi, oltre che nuovi e ulteriori sviluppi che rafforzino sempre di più il sistema della formazione professionale oggi chiamato a un nuovo ruolo di pari dignità con il sistema dell'istruzione.

*1. Una nuova concezione della salute per lo sviluppo personale e sociale dei giovani**

1. Sviluppo del concetto di salute e un nuovo punto di vista per l'intervento sociale

La relazione intercorrente tra agenzie formative e tematiche della salute ha assistito, negli anni, a progressive riorganizzazioni funzionali strettamente correlate alla conformazione del contesto storico ed economico a esse associato. Una lettura trasversale ha permesso di rilevare un susseguirsi di tre stagioni epidemiologiche direttamente connesse ad altrettante retoriche della salute, che, a loro volta, hanno determinato i diversi posizionamenti assunti dalla scuola nel corso del tempo.

La prima stagione si colloca sul terreno dell'industrializzazione e dello spostamento di ingenti masse di contadini dalle campagne a centri urbani impreparati a ospitare tali quantità di popolazione. Le condizioni di vita disagiate, le situazioni di sovraffollamento cronico e di igiene quanto mai precarie, unite a ritmi di lavoro massacranti e ad alimentazione generalmente povera di sostanze nutritive, determinarono inevitabilmente un incremento del tasso di mortalità legato alla povertà. In questo contesto, la scuola si configura come erogatore di servizi igienici e alimentari di base, rispondendo in maniera suppletiva alle carenze territoriali. A oggi, l'assolvimento di tali compiti, non più contemplati come interni al mandato istituzionale, si ripropongono a fronte delle nuove forme di povertà ed emarginazione sociale. Non di rado, allora, le strutture scolastiche ritornano a essere il teatro della cura igienica del corpo e dei servizi assistenziali.

L'incedere nel ventesimo secolo, caratterizzato da un incremento del benessere economico e da un certo miglioramento delle condizioni di vita, ha determinato l'ingresso in una nuova stagione epidemiologica, in cui la

* Il capitolo è stato scritto in collaborazione con Maddalena D'Angelo e Valentina Strappa.

principale causa della mortalità assumono la forma delle grandi pandemie influenzali. In questo periodo l'influenza spagnola mette in ginocchio l'intera Europa, decimando la popolazione e superando in maniera esponenziale il numero di decessi determinati dal conflitto mondiale in atto. A pieno titolo quest'era può essere definita come la stagione della risposta farmacologica alla malattia, annoverando tra le sue conquiste la scoperta dei principi attivi degli antibiotici (tra cui la penicillina, A. Fleming, 1928) e delle vaccinazioni (come nel caso del vaccino antipoliomielite, A. B. Sabin, 1954-1955). La scuola diventa interprete attiva di questa atmosfera culturale, configurandosi come il teatro delle grandi campagne di prevenzione (informazione sanitaria, distribuzione di vaccini e di integratori alimentari ecc.). La sintassi di questa medicina trionfante si organizza attorno alla possibilità di rintracciare spiegazioni razionali dei processi di salute e di malattia. Essa si esercita nel compito fondamentale di identificare logiche lineari in grado di mettere in relazione gli agenti patogeni causali con le conseguenti evidenze mediche. In tale quadro, la guarigione rimane un concetto sullo sfondo, pensabile come esito auspicabile, ma non direttamente posta al centro dell'interesse della comunità scientifica. La retorica dominante è quella del modello biomedico, che muove i suoi passi conoscitivi sul tavolo di dissezione anatomica, intravedendo la salute da lontano, attraverso la prospettiva del corpo deprivato della vita. Nel contesto del sapere positivo le condizioni della leggibilità dell'individuo rimandano alla necessità che l'esperienza medica incorpori e metta al centro della propria analisi l'idea stessa della morte. Ecco, dunque, la cornice fondamentale entro cui si dispiegano i processi di significazione dell'esperienza della malattia e si dispongono gli elementi di dicibilità delle condizioni fondamentali del benessere individuale.

“Aprite qualche cadavere” diceva Bichat “vedrete tosto scomparire l'oscurità che la sola osservazione non aveva potuto dissipare” (Foucault, 1969).

La centralità del modello biomedico tradizionale, basato su un concetto di salute inteso come conformità a norme fondate su variabili biologiche misurabili, sembra, alla fine degli anni Settanta, cedere il passo a un nuovo approccio, di natura bio-psico-sociale, ancorato a una prospettiva sistemica e multilineare. Il nuovo paradigma interpreta le condizioni di salute e malattia come prodotto ultimo di una complessa interazione tra fattori biologici, psicologici e sociali (Engel, 1977; Schwartz, 1982). Tale inedito punto di vista sembra rendere conto in maniera più appropriata delle diverse forme patologiche che interrogavano la medicina ufficiale. A tal riguardo, Engel, nel 1977, riteneva più utile spiegare i processi di malattia alla luce dell'ipotesi della presenza di fattori di rischio intervenienti piuttosto che nei

termini di agenti causali diretti. Si era osservato, infatti, che l'esposizione a elementi patogeni conduceva solo in una percentuale di casi, e non nella loro totalità, allo sviluppo della malattia. Si percepiva, dunque, la necessità di reperire un orizzonte di senso più ampio, contraddistinto da una configurazione plurima di variabili che, nella loro reciproca disposizione, assumevano la valenza di fattore di rischio per il benessere psicofisico soggettivo.

La salute, in questa chiave, si ridistribuisce sull'intero arco della vita, portando, in alcuni casi, a rintracciare in stili di accudimento precoce i fattori di rischio per patologie insorte in epoche tardive.

In armonia con il nuovo contesto culturale, anche la prevenzione deve inevitabilmente ridefinire le proprie prassi, inglobando all'interno della sintassi dominante le tematiche connesse agli stili comportamentali.

In tale senso sembra muoversi nel 1964 la World Health Organization, quando definisce la salute nei termini di "stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia o infermità".

A un'attenta analisi, però, il nuovo orizzonte proposto da Engel, se pur innovativo, rimaneva, per molti aspetti, ancora implicitamente ancorato proprio a quel modello biomedico dal quale si proponeva di prendere le distanze. L'operazione bio-psico-sociale, infatti, pur avendo integrato nuove dimensioni al precedente costrutto della malattia (i domini psicologici e sociali), rimaneva intimamente legato a una logica prevalentemente orientata al malfunzionamento e alla patologia. Tale retorica dominante, o meglio, tali *discorsi*, funzionanti come *pratiche che formano sistematicamente gli oggetti di cui parlano* (Foucault, 1969), implicitamente precludevano la via a una valorizzazione delle risorse disponibili nella direzione di una promozione della salute orientata in senso positivo.

Oggi la psicologia della salute riconosce che la sola prospettiva della prevenzione dei comportamenti a rischio rappresenta un orizzonte ristretto e, talvolta, controproducente che deve essere ricollocato nel più vasto ambito dell'abilitazione e promozione di competenze sociali e di comunità connesse a una visione positiva del benessere soggettivo. Ed è in tale quadro di riferimento che pare oggi si possa riorganizzare il mandato istituzionale di *promozione* della salute nella scuola.

Questa nuova visione, discostandosi in maniera radicale dall'impostazione dominante dell'approccio biomedico tradizionale, respinge contemporaneamente anche una chiusura individualistica, centrata sul Sé e sulla mera oggettivazione dei comportamenti e degli atteggiamenti rilevanti per la salute. Per questo essa comincia a volgere lo sguardo verso nuovi e più appropriati riferimenti culturali, in grado di aprire a un'accurata considerazione dei piani soggettivi, dell'esperienza "in prima persona", senza i quali

uno sguardo ancorato unicamente alle dimensioni oggettive non riuscirebbe a conseguire una piena comprensione della salute. Questa linea di pensiero (raccolta prevalentemente attorno alla cosiddetta Psicologia critica della salute: cfr., per esempio Marks, Evans e Willig, 2002; Murray, 2004) recupera ampiamente una visione fenomenologica ed ermeneutica della salute e della malattia.

Una chiave di lettura in questa direzione è senza dubbio fornita da H. G. Gadamer (1993), quando suggerisce che la salute non è “precisamente un sentirsi, ma un esserci, un essere nel mondo, un essere insieme agli altri uomini ed essere occupati attivamente e gioiosamente dai compiti particolari della vita”. La salute allora “rappresenta uno stato di intrinseca adeguatezza e di accordo con se stessi che non può essere superato da nessun altro tipo di controllo” e ciò sembra respingere ogni riducibilità di questo versante della salute ai processi di oggettivazione.

All’inizio del secolo scorso, in un’altra prospettiva culturale, Carlo Michelstaedter (1887-1910), sembra anticipare in modo ancor più pervasivo questa tensione mediante il concetto di persuasione. Per questo autore il persuaso è colui che “è in possesso di sé nel presente”, colui che “ha la vita in sé, chi non la cerca alienandosi nelle cose o nei luoghi comuni della società perdendo l’irrinunciabile *hic et nunc* del proprio esserci” (Michelstaedter, 1913). In una dinamica di violente contrapposizioni concettuali Michelstaedter oppone all’atteggiamento tipico della persuasione quello della retorica, strumento di cui le società si dotano per allontanare l’ancestrale paura della morte. Di conseguenza, l’impalcatura retorica non potrebbe che ridurre la vita a quell’esperienza di colui che “soffocato dalla presunzione filosofica di possedere la vita non vive, perché in ogni istante ciascuno rimane avvolto dalle cure per ciò che non è ancora o dal rimpianto per ciò che non è più, mancando sempre l’attimo decisivo, quello che i greci chiamavano *kairós*, il tempo propizio”. Seguire i precetti sociali porterebbe, dunque, gli uomini a vivere alienati da se stessi, in un altrove inaridito dalla perdita del proprio senso.

In modo più specifico, particolarmente pertinenti sembrano essere le riflessioni del filosofo e storico della medicina e della biologia francese Georges Canguilhem che chiarisce come l’adeguatezza del soggetto, sperimentata come buona salute, implichi una relazione peculiare, non solo di accordo, ma necessariamente anche di tensione e conflitto con l’ambiente. Egli infatti ritiene che la dinamica della crescita si articoli all’interno di un’intrinseca conflittualità tra il soggetto coinvolto e l’ambiente in cui egli vive. Tale posizione viene sostenuta mediante una rilettura del significato della polarità semantica di normale e patologico. Se *normale* è definito

tutto ciò che è assoggettato a una norma, allora anche il *patologico*, in quanto sistematico e strutturato, può essere identificato come tale. La categoria che si colloca in rapporto di opposizione al patologico, diviene, dunque, il *sano*. Per *sano* Canguilhem intende l'individuo capace di mantenere un "margine di tolleranza nei confronti delle infedeltà dell'ambiente", attraverso una competente capacità di utilizzare le norme, finché ritenute adattive, per distanziarsene nel momento in cui i cambiamenti ambientali le rendano inappropriate. La salute, dunque, è la qualità propria di soggetti normativi e non acquiescenti, in grado di istituire nuove norme a fronte dei mutamenti contestuali. Essa è un lusso e si declina nella possibilità di ammalare e guarire, secondo una dinamica di continue riorganizzazioni funzionali che prevedono l'attraversamento di disarmonie e criticità (Canguilhem, 1966).

Il tema di fondo che l'autore propone sembra implicitamente mettere in discussione l'idea che gli aggregati sociali si configurino, indiscutibilmente, come dispositivi in grado di garantire un armonico dispiegarsi dello sviluppo personale. Anche Moscovici mette all'ordine del giorno l'idea che occorra sfuggire al duplice e opposto determinismo individualista e sociale a cui è sembrato affidarsi il pensiero del Novecento: l'opposizione tra il personale e il sociale è la chiave per aprire nuovi e importanti orizzonti ed è compito specifico della psicologia sociale intraprendere questo percorso insieme alle altre scienze sociali. Così, per esempio, Alain Tourain, nella tensione tra processi di soggettivazione e di razionalizzazione, riconosce che oggi in gran parte la soggettività si costituisce inizialmente "contro l'ordine costituito".

Tale prospettiva sembra essere oggi molto efficace nella comprensione delle grandi oscillazioni degli adolescenti, che si manifestano sullo sfondo di compiti evolutivi faticosi, rinviati a un intreccio di trasformazioni fisiche, psicologiche e sociali. Questa "seconda nascita" (cfr. Dolto e Dolto, 1990) procede per radicali movimenti di destrutturazione e ricostruzione, che chiamano in causa l'istituzione di nuovi e più adeguati assetti normativi. Tale processo non può che svilupparsi attraverso momenti di rottura, di crisi e deviazioni dalle antiche norme che regolavano i comportamenti infantili. È dunque inappropriato interpretare queste fenomenologie come campanelli di allarme rinviati al possibile fallimento di un lineare percorso evolutivo. Il panorama complesso che si è delineato, inoltre, rende impossibile identificare in singoli comportamenti, in singole variabili asetticamente isolate, la responsabilità della direzione assunta nello sviluppo.

La salute, allora, non può essere riducibile ad alcun minimo comune denominatore, né può, d'altra parte, essere intesa come sincronica e generica sensazione di benessere. Al contrario, essa si presenta come una tensione

diacronica che procede tumultuosamente lungo traiettorie evolutive che muovono verso progressivi innalzamenti dei livelli di consapevolezza di sé e di controllo sui propri processi (*self-empowerment*).

Questo nuovo approccio concettuale, inoltre, si radica e definisce più puntualmente il proprio senso, all'interno della tradizione della psicologia critica europea. Tale orientamento nasce sulla base di un'esplicita contrapposizione con l'ethos culturale americano della *social cognition* e si incentra sui temi dell'individualismo autosufficiente. Esso aveva condotto, in ambito preventivo, a una pressione salutistica e normativa su singoli soggetti, inevitabilmente colpevolizzati rispetto ai propri comportamenti di salute. Il recupero della dimensione sociale come fonte di influenza sui comportamenti individuali, a opera della psicologia critica europea, apre la strada a una politica della salute orientata a una responsabilizzazione dell'intera comunità in merito di promozione del benessere.

Conseguentemente a ciò, anche le pratiche di promozione della salute sono chiamate a una radicale ridefinizione dei loro obiettivi nella prospettiva dell'accrescimento delle competenze di tutti i soggetti della comunità nella ricorsiva ricostruzione delle proprie e altrui condizioni di salute, secondo il principio dell'auto-etero-formazione lungo l'intero arco della vita. Tale processo di crescita, che intreccia piani individuali e collettivi, si dispiega, dunque, all'interno di contesti influenti e significanti, rendendo inappropriato ogni approccio educativo standardizzato, come quelli fondati sull'*evidence-based medicine*. Tale metodologia si organizza, infatti, sulla comparazione tra un gruppo sperimentale e uno di controllo. In specifico, viene studiato l'impatto di un'unica variabile sullo sfondo di un contesto ritenuto stabile nelle due situazioni sperimentali. Il mancato riconoscimento della complessità degli ambiti di vita, rende la manualistica prescrittiva che ne deriva assolutamente inappropriata a guidare le proposte educative.

Si tratta, dunque, di compiere un'operazione di sintonizzazione con la configurazione post-moderna dell'intervento sociale, rintracciando nuovo pensiero in grado di condurre a più mirati e competenti accompagnamenti nei processi della crescita.

Questa inedito sguardo alla salute, che riporta in primo piano le soggettività nella loro relazione/opposizione con gli ambienti educativi, ritrova, negli ultimi anni, qualche risonanza nella formalizzazione istituzionale di rilievo internazionale nelle dichiarazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. Così, nelle linee guida della Carta di Ottawa (Ginevra, 1986) viene dichiarato che:

La promozione della salute favorisce **lo sviluppo personale e sociale** fornendo

informazione, istruzione sul problema della salute e preparazione generale. Aumenteranno così per tutti le possibilità di esercitare maggiore controllo, e di operare scelte precise, riguardo alla propria salute e all'ambiente.

Tale carta, inoltre, aggiunge che:

È essenziale fare in modo che tutti possano continuare ad **apprendere per tutto il corso della vita**, preparandosi ad affrontarne le diverse fasi e l'eventualità di malattie o invalidità croniche, apprendimento che dovrà essere favorito dalla **scuola**, dall'ambiente di lavoro e dalle associazioni comunitarie. Occorre intervenire sugli organismi scolastici, professionali e commerciali, e su quelli del volontariato, nonché sulle istituzioni stesse.

La salute, dunque, si delinea come fattore pervasivo e trasversale nei diversi contesti, strettamente intrecciato a una prospettiva esistenziale di crescita e sviluppo, chiamando, inevitabilmente, in causa tutte le risorse dislocate sul territorio. Tra esse, comprensibilmente, la scuola assume una posizione di significativa rilevanza.

In coerenza con lo sfondo internazionale, anche la legislazione italiana, e in particolare i piani sanitari nazionali e regionali, hanno maggiormente declinato questa prospettiva, conferendo specifiche responsabilità all'istituzione scolastica. In particolare, si è assistito a una progressiva riorganizzazione del mandato conferito alla scuola che ha partecipato al radicale slittamento da un'ottica prevalentemente orientata alla prevenzione a una più focalizzata sulla promozione dello sviluppo personale e sociale. I momenti cardine di tale fase legislativa sono stati rintracciati nella legge 104 relativa all'inclusione dei ragazzi disabili all'interno delle classi e nel provvedimento normativo del 1990 sulle dipendenze, in cui venivano definiti espliciti compiti della scuola in ambito preventivo. Tale decreto ha sancito le dirette responsabilità dell'istituzione scolastica in merito ai temi della tossicodipendenza e delle patologie sessualmente trasmissibili. Con questa dichiarazione ufficiale la scuola, inevitabilmente, iniziava a configurarsi come parte integrante del sistema sanitario nazionale, non solo sul versante della prevenzione, ma anche su quello più propriamente trattamentale. Tale operazione, inoltre, prevedeva in sé un ulteriore passaggio epocale, ovvero, l'anteposizione dei compiti educativi su quelli di informazione e trasmissione nozionistica del sapere.

A oggi, inoltre, i luoghi, le risorse e gli strumenti che la scuola possedeva, devono essere ulteriormente rivisitati nel loro impiego e incanalati nella direzione della facilitazione di stili di vita sani. Questo passaggio viene accompagnato dalla necessità di acquisire un diverso linguaggio, più ri-