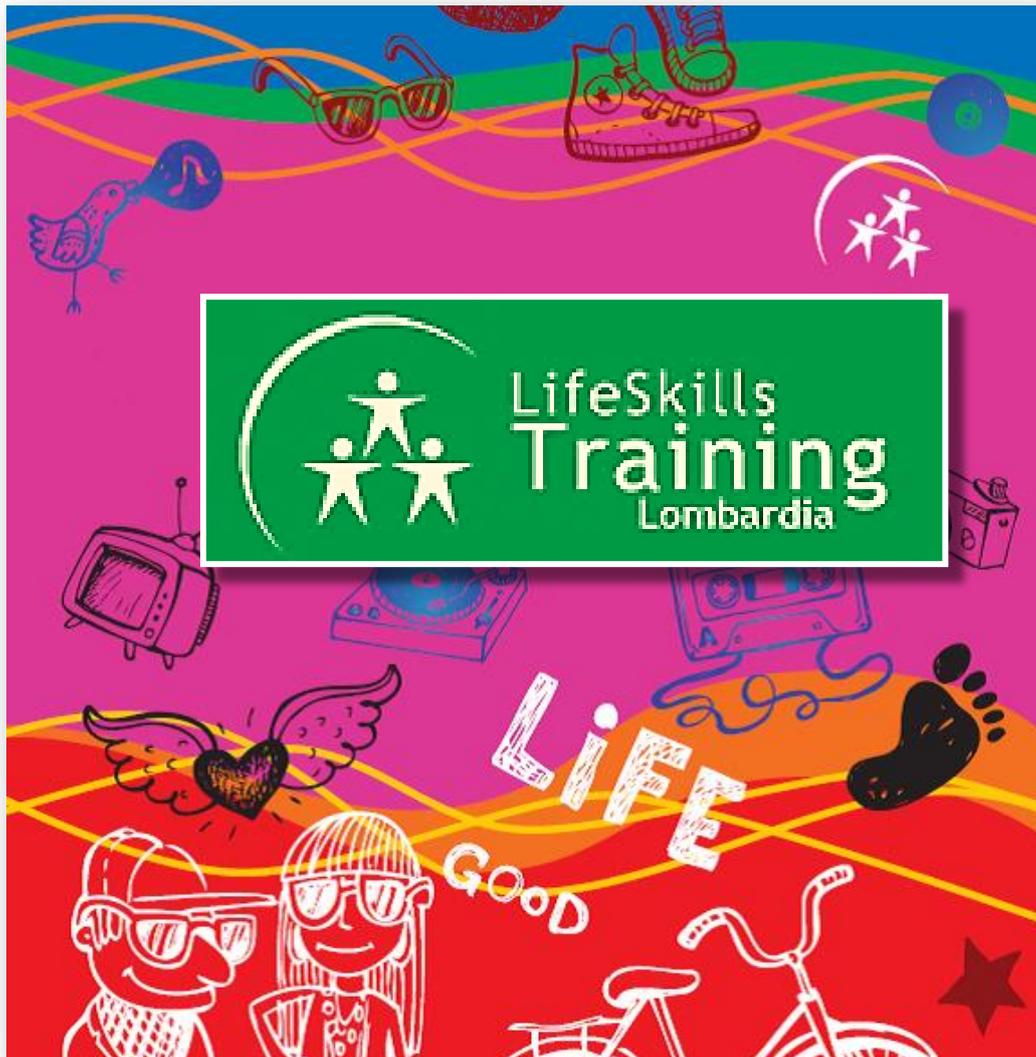


“Life Skill Training Lombardia”
Report Anno Scolastico 2017-2018



**Programma Regionale “Life Skill Training”
Report attività anno scolastico 2017-2018
Novembre 2019**

A cura di

Corrado Celata
Francesca Mercuri
Paola Scattola
Veronica Velasco

Gruppo di coordinamento LST e Unplugged Lombardia
ATS Città Metropolitana di Milano
UOS Prevenzione Specifica

Liliana Coppola

DG Welfare
UO Prevenzione
Struttura Promozione della Salute e Screening

Regione Lombardia
DG Welfare
UO Prevenzione
Struttura Promozione della Salute e Screening
www.promozionesalute.regione.lombardia.it

Si ringraziano i Referenti del programma individuati dalle ATS per il costante e prezioso lavoro di raccordo operativo fra livello regionale e territoriale:

ATS BERGAMO	Luca Biffi
ATS BRESCIA	Stefania Vizzardi
ATS BRIANZA	Ornella Perego
ATS INSUBRIA	Lisa Impagliazzo
ATS MILANO CITTA' METROPOLITANA	Sandro Brasca
ATS MONTAGNA	Valentina Salinetti
ATS PAVIA	Silvia Maggi
ATS VAL PADANA	Valter Drusetta

Introduzione

Il Life Skills Training (LST) program è un programma educativo validato scientificamente nella promozione della salute della popolazione scolastica, dimostratosi in grado di ridurre a lungo termine il rischio di uso di alcol, tabacco, droghe e comportamenti violenti attraverso l'incremento delle abilità personali e sociali. Esso mira ad aumentare nei soggetti le capacità di gestione delle sfide quotidiane e a favorire un *maggior senso di controllo personale*. A tal fine cerca di intervenire sui diversi fattori implicati nell'uso e abuso di sostanze, siano essi relativi alle *influenze esterne* (l'ambiente, i media, i pari, ecc.) e sia a *fattori psicologici interni* (ansia sociale, bassa autostima, propensione a ricercare emozioni forti, ecc.)¹.

Per le sue caratteristiche è indicato per i preadolescenti (11-14 anni) studenti della scuola secondaria di primo grado.

Le teorie di riferimento

Gli interventi educativo - promozionali si focalizzano sull'individuo e sul potenziamento di alcune risorse personali denominate Life Skill. L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha individuato un nucleo centrale di Life Skill che possono facilitare la promozione e il mantenimento della propria salute (Boda, 2001; WHO, 1993a; WHO, 1993b).

In Tabella 1 sono riassunte le principali abilità individuate dall'OMS e per ciascuna viene indicata una definizione.

Tabella 1 - Life Skill (Fonte WHO, 1993a; WHO, 1993b)

Skill	Definizione
Decision making e Problem solving	affrontare e risolvere in modo costruttivo i problemi quotidiani ed essere in grado di valutare quali conseguenze possono derivare a seconda delle diverse scelte effettuate
Pensiero critico e Pensiero creativo	analizzare le situazioni in modo analitico, esplorando le possibili alternative, riconoscendo quali fattori possono influenzare atteggiamenti e comportamenti e trovando soluzioni originali. Il pensiero creativo può aiutare a rispondere positivamente e con flessibilità alle diverse situazioni di vita anche quando non è possibile fare riferimento ad esperienze pregresse
Comunicazione efficace	esprimere opinioni e desideri in modo appropriato alla situazione e all'interlocutore, sia a livello verbale sia a livello non verbale
Empatia	riconoscere, discriminare e condividere le emozioni degli altri al fine di favorire la comprensione e l'accettazione anche di persone differenti per cultura, etnia e abitudini
Auto-consapevolezza	aumentare la conoscenza di se stessi, individuando le proprie risorse e i propri limiti, i propri desideri e le proprie avversioni
Abilità sociali	relazionarsi in modo positivo con gli altri, essendo in grado di instaurare rapporti amichevoli

¹ Botvin, Baker, Dusenbury, Botvin & Diaz, 1995

Gestione delle emozioni	riconoscere e regolare le proprie emozioni e gli stati di tensione
Gestione dello stress	riconoscere le fonti di stress nella propria vita, riconoscere come influiscono su se stessi e agire in modo tale da ridurre il loro impatto
Autoefficacia	convincione di poter organizzare efficacemente una serie di azioni necessarie per fronteggiare nuove situazioni, prove e sfide
Efficacia collettiva	sistema di credenze condivise da un gruppo circa la capacità di realizzare obiettivi comuni

Il possesso di tali risorse funge da fattore di protezione per l'individuo che è maggiormente in grado di adottare strategie efficaci per affrontare i problemi quotidiani e quindi migliorare il proprio adattamento alla vita. In questo modo, nonostante l'ambiente possa sottoporre ad eventuali fonti di stress oppure esercitare pressioni rispetto al consumo di qualsiasi sostanza psicotropa, l'individuo può trovare in se stesso i mezzi e la forza per fare scelte più sane. L'apprendimento delle Life Skill si verifica quando le motivazioni alla conoscenza, le potenzialità e le diverse capacità possedute da una persona si traducono in comportamenti positivi e prosociali, quando, cioè, si arriva a "sapere che cosa fare e come farlo" e, soprattutto, a "essere consapevoli di saperlo fare". Per questo motivo, un buon livello di acquisizione di Life Skill, contribuendo alla costruzione del senso di autoefficacia, gioca un ruolo importante nello sviluppo dell'individuo, nella tutela della salute, nella motivazione a prendersi cura di se stessi e degli altri (Boda, 2001).

Il modello illustrato in Figura 1 mostra il ruolo delle Life Skill quale nesso tra i fattori motivanti di conoscenza, atteggiamenti e valori e i comportamenti sani, contribuendo in questo modo alla prevenzione e alla promozione della salute.

Figura 1 - Ruolo delle life skills nella promozione della salute. Fonte: WHO, 1993b



La Figura 2 rappresenta un modello ipotetico di come le Life Skill possano fornire strumenti per agire in modo sano e pro-sociale, prima attraverso lo sviluppo di competenze psicosociali individuali (basate sulla acquisizione e la pratica delle Life Skill) e successivamente attraverso lo stimolo e l'incoraggiamento ad adottare una certa pratica. Per rendere maggiormente probabile l'attuazione di un comportamento sano (rappresentato dallo strato più esterno del modello) è necessario agire sui livelli più interni. Per attraversare i diversi strati, gli interventi di life skill education hanno bisogno di essere svolti con continuità nel tempo. Interventi della durata di alcune settimane possono avere effetti a breve termine solo sul benessere mentale. Interventi di lunghezza media, per esempio di alcuni mesi, possono iniziare a incidere sulle abilità e sull'intenzione a mettere in atto certi comportamenti. Il modello indica che interventi mantenuti per lunghi periodi,

come alcuni anni, possono determinare reali miglioramenti del benessere mentale e un'influenza più consistente sulle intenzioni ad adottare comportamenti sani. Solo in questi casi ci si può aspettare di avere un impatto duraturo e significativo sulla salute e sul comportamento sociale (WHO, 1996).

Il programma LST utilizza una strategia educativo - promozionale e si focalizza sul rinforzo delle capacità di resistenza all'adozione di comportamenti a rischio all'interno di un modello più generale di incremento delle abilità personali e sociali legate alla promozione della salute: questo approccio, aumentando nei soggetti le capacità di gestione delle sfide quotidiane, favorendo un maggior senso di controllo personale e fornendo informazioni corrette sulle sostanze, rende possibile contrastare la motivazione a usare sostanze, ridurre la vulnerabilità alla pressione esterna (dei pari e dei media) diminuendo così il rischio dell'uso di sostanze.

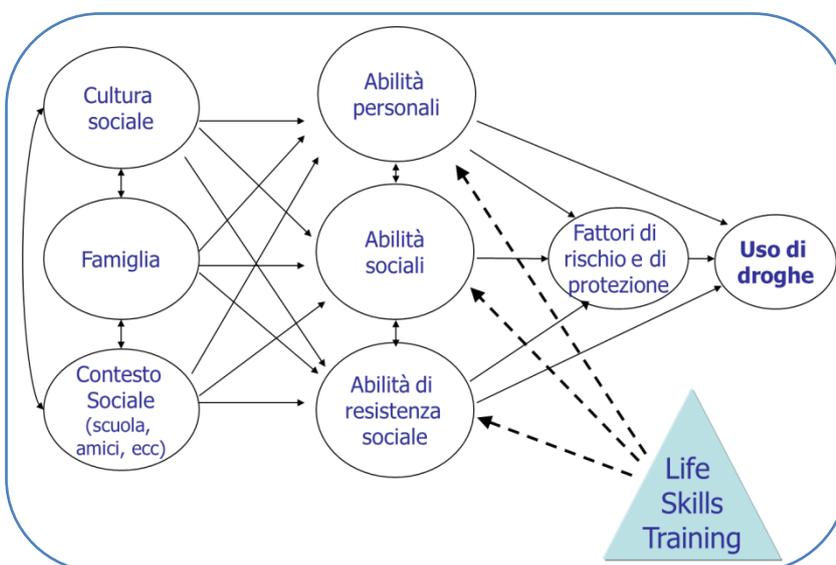
La figura 3 mostra il modello teorico rispetto al consumo di sostanze in adolescenza e LST. Il LST è pensato infatti per avere un impatto su competenze personali, competenze sociali e abilità per resistere alle pressioni ad utilizzare sostanze; il programma agisce inoltre sugli atteggiamenti rispetto alle sostanze e sulle conoscenze.

L'utilizzo dello strumento all'interno del contesto scolastico permette inoltre di agire su tale contesto sensibilizzando al tema e fornendo agli insegnanti strumenti validi e concreti di azione. Per aumentare tali abilità, il LifeSkills Training fa riferimento ad una modalità di apprendimento basata sull'esperienza diretta e vicaria, sulla base della Teoria dell'Apprendimento Sociale² integra l'apprendimento tramite la trasmissione di conoscenze, la messa in pratica di comportamenti, l'esperienza di sentimenti e l'affermazione di valori salutari. Il programma, in particolare, agisce tramite il *modeling*, dando l'opportunità agli studenti di imparare tramite l'imitazione tra pari di abilità e comportamenti, e tramite il rinforzo, la pratica e il ripetersi nel tempo di abilità e comportamenti salutari.

Figura 2 - Livelli di intervento life skills (Fonte: Boda 2001)



Figura 3 - Modello sul consumo di sostanze in adolescenza e LST



² Bandura 1977

LifeSkills Training Program

LifeSkills Training si concretizza in programmi specifici in base alla fascia d'età degli studenti destinatari, la versione oggetto del progetto di adattamento alla realtà italiana è il Middle School program destinato ai preadolescenti (11-14 anni) studenti della scuola secondaria di primo grado.

Tale programma è composto da 3 livelli, un livello di base e due di rinforzo (sessioni booster) progettati per rinforzare quanto appreso nel primo anno:

- Livello 1, livello base, composto da 15 unità di lavoro (di queste 3 sono opzionali e riguardano il tema della violenza);
- Livello 2, composto da 10 unità (di cui 2 sono opzionali sul tema della violenza),
- il Livello 3, composto da 9 unità di lavoro (di cui 2 sono opzionali sul tema della violenza).

Le sessioni "booster" (Livello 2 e 3) hanno l'obiettivo di rinforzare gli apprendimenti e le abilità viste nel Livello 1, fare pratica delle tecniche e impararne di nuove, utilizzare le abilità ad un livello più complesso e sviluppare un proprio stile individuale, utilizzare quanto appreso in riferimento ai propri pari e contesti di vita.

Nella tabella 2 che segue sono specificate le unità di lavoro di cui si compone il programma e il numero di ore previste in classe durante il 1°, 2° e 3° anno di svolgimento del programma per ciascuna unità.

Tabella 2 - Unità del LifeSkills Training program nei tre livelli

UNITA'	1° anno	2° anno	3° anno
1. Immagine di sé e automiglioramento	2	1*	1*
2. Prendere decisioni	2	1	1
3-6. Uso sostanze / Abuso di sostanze	4	2	1
7. Pubblicità / Influenza dei media	1	1	1
8. Violenza e media	1	0	0
9. Gestione dell'ansia	2	2	1
10. Gestione della rabbia	1	1	1
11. Abilità comunicative	1	1	0
12-13. Abilità sociali	2	1	1
14. Assertività	2	1	1
15. Risoluzione di conflitti	1	1	1
Resistenza alla pressione dei pari	0	2	1
TOTALE	15/19 h	10/14 h	9/10 h

Per standardizzare l'implementazione del LST e per favorire la sua esportabilità sono stati sviluppati dei materiali che guidano l'implementazione del programma in classe. Questi

materiali sono costituiti da un Manuale dell'insegnante e una Guida dello studente per ogni anno del programma. Il Manuale per l'insegnante contiene piani dettagliati di ogni lezione che descrivono gli obiettivi generali e specifici per ogni sessione in classe e forniscono il contenuto e le attività appropriate. La Guida dello studente contiene esercizi da svolgere in classe, compiti a casa, e materiale di riferimento per ogni sessione.

Il programma LST è sviluppato da insegnanti, formati da operatori sociosanitari a loro volta in possesso di formazione certificata secondo le indicazioni della Cornell University di New York e il National Health Promotion Associates (NHPA).

LST Lombardia

LST è inserito dal 2011 fra i programmi preventivi che supportano il consolidamento della collaborazione intersettoriale fra Servizi e Scuola, con particolare riguardo a quelle aderenti alla Rete delle Scuole che promuovono salute – SPS. In particolare, LifeSkills Training è stato inserito da DG Welfare fra i programmi che concorrono al raggiungimento degli obiettivi del Piano Regionale Prevenzione 2015-18, in linea con quanto previsto dal Piano Nazionale Prevenzione.

Il coordinamento operativo delle attività è affidato alla UOS Prevenzione Specifica dell'ATS Città Metropolitana di Milano (Decreto DG Welfare 7250/16).

Il lavoro di adattamento si è dispiegato nella direzione indicata dagli esiti di una costante valutazione e monitoraggio del processo di implementazione e degli esiti del programma e a partire sia dalle valutazioni di docenti e operatori relative alla fruibilità operativa di quanto proposto, ma anche da considerazioni di carattere metodologico e teorico condivise dallo staff tecnico di coordinamento progettuale in stretta collaborazione con il team di ricerca della Cornell University di New York e il National Health Promotion Associates (NHPA) presieduto dal Professor G.L. Botvin. Costante è stato il confronto con la scuola che attraverso il suo attivo coinvolgimento è stata garante dell'applicabilità e della sostenibilità dell'adattamento del programma (Velasco, Griffin, Antichi, & Celata, 2015).

L'attuazione del programma a livello regionale è stata accompagnata da uno specifico piano di valutazione degli esiti e delle modalità di realizzazione, che ha coinvolto operatori, insegnanti e studenti. In particolare, rispetto agli studenti coinvolti sono stati valutati gli effetti del programma in termini di acquisizione di abilità e modifica degli atteggiamenti, mentre per quanto riguarda gli insegnanti si è studiato l'impatto della formazione LST e del percorso di accompagnamento sulle loro percezioni e rappresentazioni di ruolo in quanto attori di promozione della salute e prevenzione (Velasco, Griffin, Botvin, & Celata C., 2017).

Sono state inoltre monitorate tutte le fasi di implementazione del programma in modo da garantirne la qualità e da utilizzare gli elementi derivanti dal lavoro sul campo per il rafforzamento del processo di adattamento al contesto italiano del programma stesso.

Attualmente è in corso il secondo adattamento italiano e l'estensione del programma LifeSkills Training, con particolare attenzione a:

- l'integrazione del programma con il curriculum scolastico, la didattica per competenze e le competenze europee per l'apprendimento permanente;
- la programmazione verticale e la continuità educativa tra la scuola primaria e la scuola secondaria di I grado;
- l'ampliamento delle tematiche di salute toccate dal programma stesso.

Questi obiettivi rispondono, da una parte, all'esigenza delle scuole coinvolte nel programma regionale LST Lombardia di estendere le aree tematiche trattate attraverso il LST, di pianificare azioni di promozione della salute nelle scuole primarie all'interno di una programmazione verticale dell'offerta formativa e di programmare e realizzare un'offerta formativa per competenze alla luce delle recenti indicazioni sui curricula scolastici. Dall'altra, rispondono agli obiettivi del Piano Regionale Prevenzione con particolare attenzione al rafforzamento della Rete SPS, alla diffusione dei programmi preventivi regionali per il contesto scolastico e all'ampliamento dei loro obiettivi e contenuti preventivi.

Per completare l'adattamento e l'estensione del LST, nel 2016 è stato costituito all'interno della Rete SPS il gruppo di lavoro regionale "Estensione LST" composto da dirigenti e docenti degli istituti scolastici della Rete SPS, da Referenti degli UST e da operatori dei diversi servizi sociosanitari territoriali che fanno capo a DG Welfare.

Il lavoro del Gruppo si è articolato in tre fasi di lavoro. La prima fase (aprile 2016 – ottobre 2016) aveva l'obiettivo di identificare gli elementi fondamentali per l'estensione del LST. Il lavoro è quindi consistito nello studio dei principali riferimenti del mondo scolastico e della programmazione verticale per competenze, al fine di leggere e interpretare tali documenti integrando lo sguardo della scuola e dei servizi socio-sanitari, valorizzando la pluralità di sguardi e identificando i collegamenti tra la programmazione delle attività scolastiche e il LST.

La seconda e terza fase (novembre 2016 – novembre 2018) si sono focalizzate su quattro specifici oggetti di lavoro:

1. Allineamento certificazione competenze e LST: stesura di un documento di indirizzo/linee guida sull'allineamento tra traguardi di competenze, certificazione e obiettivi del LST;
2. Estensione verticale - LST primaria: sperimentazione del LST in alcune scuole primarie all'interno di una programmazione verticale;
3. Estensione orizzontale - studio sul trasferimento di competenze: realizzazione di uno studio su aspetti tecnici e metodologici che rendono possibile il trasferimento di competenze nel contesto scolastico;
4. Diario sulle generalizzazioni del LST: raccolta di esperienze in cui le metodologie apprese dagli insegnanti attraverso il LST e/o le abilità apprese dagli studenti sono state utilizzate in altre contesti/situazioni.

In particolare rispetto all'Estensione orizzontale, nell'a.s. 2017-18 è iniziata la sperimentazione del programma LST Primaria in 20 istituti comprensivi. La sperimentazione prevede un lavoro triennale in classe terza, quarta e quinta delle scuole Primarie.

L'adattamento del programma è realizzato attraverso un lavoro integrato tra operatori socio-sanitari e insegnanti della scuola Secondaria di I grado per la formazione e l'accompagnamento della realizzazione nella scuola Primaria.

La sperimentazione del programma nelle scuole ha avuto l'obiettivo di:

- Definire le premesse per realizzare il LST Primaria
- Sperimentare il LST in alcune scuole primarie all'interno di una programmazione verticale
- Adattare il programma LifeSkills Training alla scuola primaria italiana all'interno del curriculum verticale di ciascun Istituto Comprensivo.

I numeri di LifeSkills Training – anno scolastico 2017/18

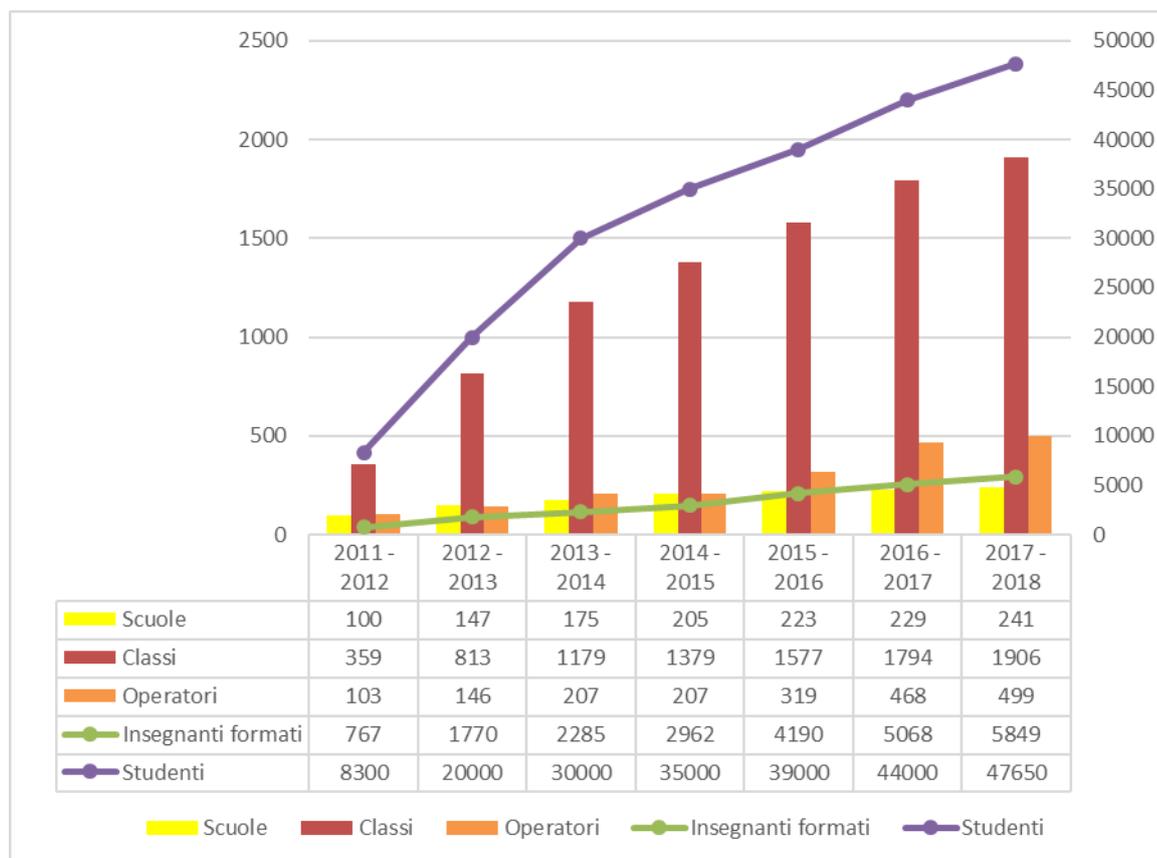
Nell'a.s 2017/18 il programma LifeSkills Training ha visto coinvolti:

- 241 Istituti Comprensivi e 315 Plessi di tutte le province della Lombardia
- 1.906 classi (721 classi L1, 649 L2, 536 L3)
- circa 47.650 studenti⁴ coinvolti
- 781 insegnanti formati
- 51 operatori³ formati nel 2018 (33 operatori L1 e 18 L2-3)
- 132 operatori³ impegnati nella realizzazione del programma

Accanto a questo, con specifico riferimento al già descritto percorso di secondo adattamento italiano e l'estensione del programma, nell'a.s. 2017-18 si è conclusa la terza fase di lavoro del Gruppo di lavoro regionale "Estensione LST". Al gruppo di lavoro hanno partecipato 20 operatori socio-sanitari individuati dalle ATS e 15 tra Dirigenti (4) e docenti (11).

La sperimentazione del programma LST Primaria, avviata nell'a.s. 2017-18, ha visto, inoltre l'individuazione all'interno della Rete SPS Lombardia di 20 Istituti Comprensivi.

Figura 4 – Impatto del programma in Lombardia per anno scolastico⁴



³ Sono riportati i numeri relativi ai solo operatori socio-sanitari (ATS e ASST).

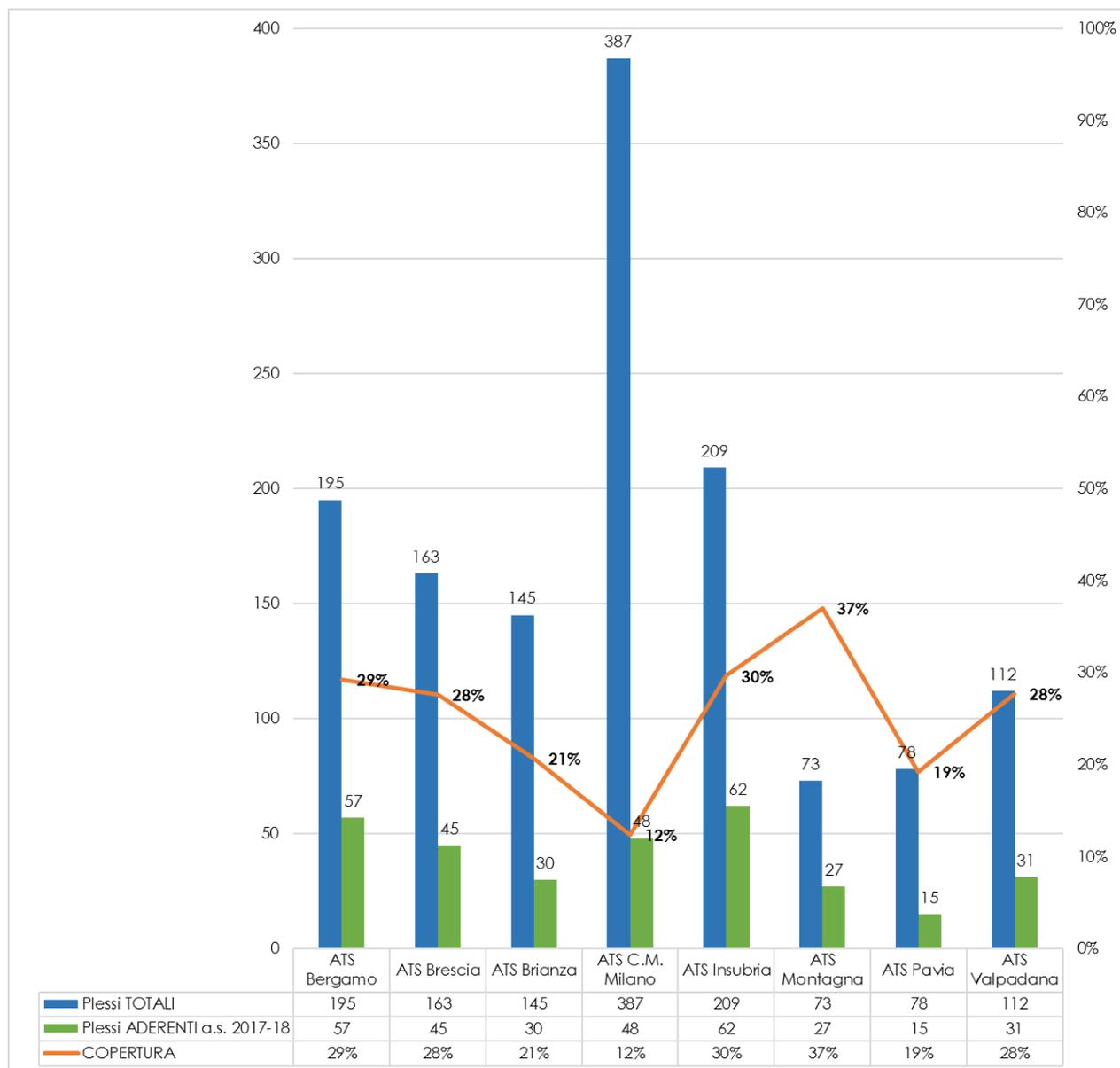
⁴ In attesa di dati puntuali, il n. degli studenti è calcolato considerando una media di 25 studenti per classe. In tabella è riportato il numero di operatori socio-sanitari ATS e ASST coinvolti, ovvero che sono formati almeno per il Livello 1.

Nella tabella 3 è possibile osservare la progressione dell'adesione a LST delle scuole nel tempo, suddivisa per ATS e ex ASL, nel grafico successivo (Figura 5) è rappresentato il dettaglio relativo all'ultimo anno scolastico.

Tabella 3 – IC Aderenti per Anno Scolastico e territorio di riferimento

		Istituti Comprensivi						
ATS	EX ASL	a.s 2011-12	a.s 2012-13	a.s 2013-14	a.s 2014-15	a.s 2015-16	a.s 2016-17	a.s 2017-18
ATS Bergamo	Bergamo	14	27	37	45	45	44	43
ATS Brescia	Brescia	23	24	25	26	31	35	35
ATS Brianza	Lecco	2	6	7	7	6	23	28
	Monza Brianza	7	10	11	12	17		
ATS C.M. Milano	Lodi	3	3	3	3	3	42	46
	Milano	12	10	10	11	10		
	Milano 1	3	11	14	16	20		
	Milano2	4	5	7	6	9		
ATS Insubria	Como*	6	9	12	18	22	45	44
	Varese	12	18	17	27	23		
ATS Montagna	Sondrio	3	3	3	4	5	15	17
	Valcamonica	5	5	8	9	8		
ATS Pavia	Pavia	3	7	9	11	13	11	9
ATS Val Padana	Cremona	4	6	6	2	1	14	19
	Mantova	3	3	6	8	10		
Totale		104	147	175	205	223	229	241

Figura 5 - Plessi Aderenti per Anno Scolastico e territorio di riferimento per l'a.s. 2017-18⁵



⁵ Per i Plessi Aderenti si è consultata la fonte dati Survey Stili di Vita 2018 Regione Lombardia

Gli insegnanti coinvolti nell'anno 2017-18 sono stati n. 5849, nella tabella seguente che ne riporta la suddivisione per ATS e ex ASL, si evidenzia la progressiva adesione numerica a partire dal primo anno di realizzazione del programma.

Tabella 4 – Insegnanti coinvolti

		INSEGNANTI COINVOLTI						
ATS	EX ASL	A.S. 2011/12	A.S. 2012/13	A.S. 2013/14	A.S. 2014/15	A.S. 2015/16	A.S. 2016/17	A.S. 2017/18
ATS Bergamo	Bergamo	41	186	241	293	438	702	808
ATS Brescia	Brescia	97	174	218	265	371	371	514
ATS Brianza	Lecco	10	42	65	79	93	800	826
	Monza Brianza	125	230	304	370	577		
ATS C.M. Milano	Lodi	22	26	36	44	44	1121	1310
	Milano	136	154	165	201	222		
	Milano 1	57	152	243	296	598		
	Milano2	25	58	78	95	134		
ATS Insubria	Como*	55	153	275	335	486	986	1148
	Varese	59	155	218	265	303		
ATS Montagna	Sondrio	13	24	27	33	48	184	230
	Valcamonica	26	47	71	86	122		
ATS Pavia	Pavia	27	222	315	383	463	534	560
ATS Val Padana	Cremona	52	120	128	156	156	370	453
	Mantova	22	29	49	60	135		
Totale		767	1772	2433	2961	4190	5068	5849

Gli operatori socio-sanitari⁴ impegnati a vario titolo nel progetto LST fino all'anno 2018 è stato di 499 operatori. Di questi, 33 hanno partecipato alla formazione di Livello 1 e 18 hanno partecipato alla formazione di Livello 2-3 nelle edizioni formative realizzate tra giugno e ottobre 2018. Nella tabella⁶ seguente è riportata la situazione attuale degli operatori formati, dei 499 operatori formati dall'inizio del progetto, 253 sono formati anche per il Livello 2 e 3. Dell'intero contingente di operatori formati, quelli effettivamente attivi ammontano a 132 (il dato è fortemente influenzato dall'assegnazione a Servizi non direttamente coinvolti nella realizzazione del Programma, a seguito della ripartizione delle risorse tecnico-professionali fra ATS e ASST in attuazione della l.r. 23/15).

Tabella 5 – Operatori socio-sanitari ATS e ASST coinvolti

ATS	Operatori formati L1 2011-2017	Formati L1 2018	Formati L2-3 2018	Operatori ATTIVI 2018 ⁷
ATS Bergamo	30	2	0	12
ATS Brescia	41	1	0	14
ATS Brianza	72	2	3	35
ATS C.M. Milano	113	13	7	35
ATS Insubria	76	5	3	13
ATS Montagna	49	3	1	11
ATS Pavia	42	3	1	6
ATS Val Padana	43	4	3	6
Totale	466	33	18	132

⁶ Sono riportati i numeri rispetto agli operatori socio-sanitari (ATS e ASST), Sono esclusi gli operatori dei consultori privati accreditati, privato sociale e terzo settore.

⁷Il numero di operatori attivi è in costante aggiornamento in quanto nei diversi territori si stanno definendo collaborazioni operative tra le ATS e le ASST, i consultori privati accreditati, il privato sociale e il terzo settore per l'implementazione del programma nei prossimi anni scolastici.

Sono 104 gli operatori dei consultori privati accreditati, privato sociale e terzo settore impegnati a vario titolo nel progetto LST fino all'anno 2018. Di questi, 22 hanno partecipato alla formazione di Livello 1 e 12 hanno partecipato alla formazione di Livello 2-3 nelle edizioni formative realizzate tra giugno e ottobre 2018. Nella tabella seguente è riportata la situazione attuale degli operatori formati, dei 104 operatori formati dall'inizio del progetto, 35 sono formati anche per il Livello 2 e 3. Dell'intero contingente di operatori formati, quelli effettivamente attivi ammontano a 16. Si stanno definendo collaborazioni operative tra le ATS e i consultori privati accreditati, il privato sociale e il terzo settore per l'implementazione del programma nei prossimi anni scolastici.

Tabella 6 – Operatori consultori privati accreditati, privato sociale e terzo settore

ATS	Operatori formati L1 2011-2017	Formati L1 2018	Formati L2-3 2018	Operatori ATTIVI 2018 ⁸
ATS Bergamo	4	2	1	1
ATS Brescia	12	4	2	2
ATS Brianza	20	7	6	13
ATS C.M. Milano	25	9	2	0
ATS Insubria	4	0	0	0
ATS Montagna	0	0	0	0
ATS Pavia	14	0	0	0
ATS Val Padana	3	0	1	0
Totale	82	22	12	16

⁸ Il numero di operatori attivi è in costante aggiornamento in quanto nei diversi territori si stanno definendo collaborazioni operative tra le ATS e le ASST, i consultori privati accreditati, il privato sociale e il terzo settore per l'implementazione del programma nei prossimi anni scolastici.

Considerazioni conclusive e prospettive

Come confermano i dati di questo report, LST Lombardia ha permesso e sta permettendo di sviluppare esperienze significative sia sul versante della didattica sia su quello dello sviluppo e del consolidamento di positive relazioni di sistema fra il mondo della scuola e la rete dei servizi presenti a livello territoriale. Il programma rappresenta una significativa occasione di coinvolgimento e di attivazione del corpo docente, e di sensibilizzazione su molte tematiche di salute dei giovanissimi studenti a cui si rivolge, coerentemente con la visione della Legge 13 Luglio 2015 n.107 e con le recenti "Indicazioni nazionali per il curricolo della scuola dell'infanzia e del primo ciclo d'istruzione" (DM 16/11/2012 N.254), rappresentando un importante supporto alla Scuola nel suo compito di maturazione di competenze fondamentali per la crescita personale e la partecipazione sociale.

D'altro canto, sul versante del SSR, a maggior ragione nell'attuale fase di riorganizzazione conseguente alla L.r. 23/15, questo programma, come gli altri diffusi capillarmente su tutto il territorio regionale, rappresenta uno degli elementi della nuova programmazione regionale che vede nelle ATS i promotori e i primi attuatori di strategie di promozione della salute caratterizzate per sostenibilità e appropriatezza, che punteranno nei prossimi anni a rinforzare ricaduta e impatto di salute a livello territoriale, grazie anche al progressivo, auspicato coinvolgimento di altri attori accreditati presenti a livello locale.

La qualità del LST è stata recentemente confermata sul piano scientifico dalla pubblicazione a livello internazionale dei positivi esiti preventivi frutto della prima sperimentazione sul nostro territorio (Velasco, Griffin, Botvin, & Celata C., 2017), a questi si aggiungono gli elementi di conoscenza derivanti dall'implementazione a livello regionale del programma stesso che hanno offerto e offrono interessanti spunti per il lavoro di programmazione su larga scala di programmi evidence based (Velasco, Griffin, Antichi, & Celata, 2015)⁹.

Una sfida particolarmente importante è rappresentata dalla realizzazione e imminente conclusione del secondo adattamento del LST e della sua estensione nella scuola primaria, con particolare riferimento all'integrazione degli obiettivi preventivi relativamente ad altre aree tematiche. Dal confronto tra indicazioni internazionali, nazionali e regionali sulle aree di salute più rilevanti sono state individuate le seguenti aree comportamentali: violenza e bullismo/cyberbullismo, alimentazione, attività fisica e salute sessuale. Il lavoro realizzato dal Gruppo di lavoro regionale Estensione LST, oltre rinsaldare la collaborazione intersettoriale fra Servizi e Scuola, ha offerto un'importante occasione di formazione sul campo per il miglioramento delle competenze di operatori e docenti, favorendo concretamente le possibilità di raggiungere i guadagni di salute auspicati nel Piano Regionale di Prevenzione e negli altri documenti di programmazione regionale nel campo della promozione della salute e della prevenzione dei fattori di rischio comportamentali, con particolare riguardo al setting scolastico e alle fasce giovanili della popolazione.

⁹ La copia di entrambi gli articoli può essere richiesta a: lstlombardia@regione.lombardia.it

Bibliografia

Bandura, A. (1977). *Social Learning Theory*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.

Botvin, G. J., Baker, E., Dusenbury, L. D., Botvin, E. M., and Diaz, T. (1995). Long-term follow-up results of a randomized drug abuse prevention trial. *Journal of American Medical Association*, 273(14): 1106-1112.

Botvin, G. J., Griffin, K. W. (2004). LifeSkills Training: empirical findings and future directions. *Journal of Primary Prevention*, 25 (2): 211-232.

Velasco, V., Griffin, K.W., Antichi, M., and Celata, C. (2015). A Large-Scale Initiative to Disseminate an Evidence-Based Drug Abuse Prevention Program in Italy: Lessons Learned for Practitioners and Researchers. *Evaluation and Program Planning*, 52, 27-38

Velasco, V., Griffin, K.W., Botvin, G.J. and Celata, C. (2017). Preventing Adolescent Substance Use Through an Evidence-Based Program: Effects of the Italian Adaptation of Life Skills Training. *Prevention Science*, 18(4), 394-405

WHO (2002). *Prevention of psychoactive substance use a Selected Review of What Works in the Area of Prevention*. Ginevra

WHO (1993a). *Increasing the Relevance of Education for Health Professionals*, (WHO Technical Report Series No. 838). Unpublished report available from the UNFPA Delhi office: <http://www.unfpa.org.in>. Ginevra.

WHO (1993b). *Life skills education in schools*. Geneva (WHO//MNH/PSF/93.7A.Rev.2).

WHO (1996). *Life skills education: planning for research*. Geneva (MNH//PSF/96.2.Rev.1).