



Strumento di Inventario HEPS

Uno strumento di inventario che include la valutazione di qualità degli interventi scolastici nel settore del mangiar sano e dell'attività fisica

Italian language

■ COLOPHON

Titolo

Strumento di Inventario HEPS

Uno strumento di inventario che include la valutazione di qualità degli interventi scolastici nel settore del mangiar sano e dell'attività fisica

Autori

Kevin Dadaczynski, Peter Paulus, Nanne de Vries, Silvia de Ruiter, Goof Buijs

Tradotto da:

Dott.ssa Francesca Ramondetti *, Dott. Niccolò Lanati*, Dott.ssa Alessia Varetta*, Dott.ssa Maria Sacco* (*Centro Interdipartimentale di Studi e Ricerche in Medicina della Comunità per la Promozione della Salute Umana, Dipartimento di Sanità Pubblica e Neuroscienze, Università degli Studi di Pavia)

Questo documento non è stato riprodotto altrove né da altri autori per assicurare la massima accuratezza rispetto alla versione originale.

Nè NIGZ nè i partner HEPS si assumeranno responsabilità per eventuali inaccurattezze.

Ringraziamenti

S. Bowker (Welsh Assembly Government, Wales), E. Flashberger (Ludwig Boltzmann Institute Health Promotion Research, Austria), S. Nic Gabhainn (National University of Ireland, Galway, Ireland), A. Jociute (State Environmental Health Centre, Lithuania), A. Lee (NHS Health Scotland), D. Piette (Universite Libre de Bruxelles, Belgium), V. Simovska (Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen, Denmark), K. Sokou (Institute of Child Health, Greece), N.G. Viig (University of Bergen, Norway), N. de Vries (University Maastricht, the Netherlands), B. Woynarowska (Warsaw University, Poland).

We want to thank the HEPS educational panel for their comments and input.

Data di pubblicazione

Maggio 2010

Codice NIGZ: OJ072131

ISBN: 9789069282756

Indirizzo: Customer service NIGZ, P.O. Box 500, 3440 AM Woerden, The Netherlands

Questa relazione può essere scaricata gratuitamente dal sito web HEPS: www.hepseurope.eu

Finanziato da:

Questa pubblicazione nasce dal progetto HEPS che ha ricevuto finanziamento dall'Unione Europea, nel contesto del Programma di Sanità Pubblica.

Il progetto HEPS è cofinanziato da ZonMw (Organizzazione Olandese per lo Sviluppo e la Ricerca sulla Salute).



ZonMw



© NIGZ, 2010. Nessuna parte di questa pubblicazione può essere riprodotta né su carta né in forma digitale senza un permesso scritto. Richieste riguardo la riproduzione di immagini o di parti del testo dovrebbero essere inviate a Uitgeverij NIGZ – P.O. Box 500 – 3440 AM Woerden – The Netherlands – E-mail: uitgeverij@nigz.nl

Strumento di Inventario HEPS

Uno strumento di inventario che include la valutazione di qualità degli interventi scolastici nel settore del mangiar sano e dell'attività fisica

Kevin Dadaczynski, M.Sc. ¹⁾

Peter Paulus, Ph.D ¹⁾

Nanne de Vries, Ph.D ²⁾

Silvia de Ruiter, M.Sc. ³⁾

Goof Buijs, M.Sc. ³⁾

¹⁾ Leuphana University, Germany

²⁾ Maastricht University, the Netherlands

³⁾ Netherlands Institute for Health Promotion NIGZ

■ TABELLA DEI CONTENUTI

Introduzione	5
1 La necessità di qualità nella promozione della salute nella scuola ...	9
1.1 Sviluppi e definizione dei termini fondamentali	9
1.2 Di quale qualità stiamo parlando?	11
1.3 Il modello di qualità HEPS	11
2 Lo strumento di inventario HEPS	13
2.1 Il processo di inventario HEPS	13
2.1.1 Passo 1: Istituire un gruppo di lavoro	13
2.1.2 Passo 2: Criteri di inclusione ed esclusione	13
2.1.3 Passo 3: Raccogliere interventi ed informazioni rilevanti	14
2.1.4 Passo 4: Analisi e descrizione dell'intervento	16
2.1.5 Passo 5: Verifica e feedback	16
2.1.6 Passo 6: Diffondere i risultati	16
2.1.7 Passo 7: Fare aggiornamenti regolari	17
2.2 La lista di controllo di qualità HEPS	17
2.2.1 Valutare gli interventi-procedura generale	17
2.2.2 Assegnare un punteggio ed interpretare gli indicatori e relative dimensioni	18
2.2.3 Difficoltà e come superarle	19
3 Lo strumento di inventario HEPS in pratica - due esempi	21
3.1 Il "trial di intervento sulla salute dei bambini" (CHILT), Germania	21
3.2 "Crescere durante l'adolescenza", Scozia	26
Appendice 1 Lista di controllo di qualità HEPS	29
Appendice 2 Glossario dei termini fondamentali	45
Bibliografia	49

■ INTRODUZIONE

Tutti ci preoccupiamo per i nostri bambini; essi rappresentano il futuro dell'Europa. Attualmente circa un bambino su quattro è in sovrappeso. Per aiutare a contrastare questo problema, il progetto HEPS sostiene gli Stati Europei nella promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica nelle scuole in un'ottica positiva e sostenibile. HEPS utilizza l'approccio della scuola che promuove la salute come uno strumento efficace per sviluppare una policy di salute scolastica.

HEPS come progetto europeo è collegato alla rete "Scuole per la Salute in Europa" (SHE) e si pone due obiettivi principali:

1. Sviluppare, implementare e valutare una policy nazionale efficace ed una pratica sostenibile per lavorare sul mangiar sano e sull'attività fisica in tutti gli Stati membri dell'Unione Europea (UE).
2. Sostenere lo sviluppo e l'implementazione di programmi scolastici completi, sostenibili e basati sull'evidenza negli Stati membri atti a promuovere una sana alimentazione e l'attività fisica sulla base dell'approccio di una scuola che promuove la salute.

Nei vari Stati membri dell'UE vi sono molte iniziative volte a ridurre il numero dei bambini in sovrappeso con una particolare attenzione verso lo sviluppo di attività, programmi e metodi di insegnamento. Tuttavia, attualmente nessuno Stato membro dell'UE possiede una policy scolastica nazionale. HEPS mira ad assolvere a questa mancanza essendo un progetto nato per sviluppare tale policy a livello nazionale in tutta Europa. HEPS aiuterà a implementare questi programmi in un modo sostenibile nelle scuole.

→ Il Kit scolastico HEPS

Il progetto HEPS produrrà il Kit scolastico HEPS. Il kit scolastico HEPS aiuterà gli Stati membri dell'UE a sviluppare una linea di condotta comune per la promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica nelle scuole, basandosi sull'approccio della scuola promotrice di salute. Esso consiste dei seguenti 6 componenti:

1. Linee guida HEPS: un set di principi sulla promozione del mangiar sano e dell'attività fisica nelle scuole, indirizzata alle organizzazioni operanti a livello nazionale in Europa.

2. Guida di sostegno HEPS: uno strumento che assisterà coloro che sostengono lo sviluppo di una policy scolastica nazionale verso la promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica.
3. Strumento di Inventario HEPS: un set di criteri qualitativi per i programmi scolastici per la promozione del mangiar sano e dell'attività fisica.
4. Strumento HEPS per le Scuole: un manuale che aiuterà le scuole nelle Nazioni membri ad introdurre e implementare un programma scolastico che promuove un'alimentazione sana e l'attività fisica.
5. Risorsa per il Training HEPS dei docenti: un programma che verrà utilizzato per formare gli insegnanti nella promozione del mangiar sano e dell'attività fisica nelle scuole.
6. Strumento di Monitoraggio HEPS sarà utilizzato per monitorare come effettivamente il Kit scolastico HEPS sia stato implementato in ognuno degli stati membri.

STRUMENTO DI INVENTARIO HEPS

Questo strumento costituisce una guida su come sviluppare un inventario strutturato degli interventi scolastici già esistenti e volti alla promozione di una sana alimentazione e dell'attività fisica ad un livello nazionale o regionale. Inoltre guida gli utenti nella presa di coscienza di cosa si intenda per intervento scolastico di alta qualità in queste aree. Gli indicatori di qualità che sono presentati nel Capitolo 2 e nell'Appendice 1 abiliteranno gli Stati membri dell'UE a valutare la qualità degli interventi scolastici esistenti e a promuovere lo sviluppo di una qualità sostenibile.

In questo documento il termine "intervento" è definito come "azioni pianificate, fondate sulle scienze della salute e aventi lo scopo di apportare dei cambiamenti sistematici e sostenibili nel comportamento individuale e/o nell'ambiente circostante. Gli interventi sulla salute possono avere come obiettivo finale la promozione della salute/benessere (promozione della salute) oppure la riduzione del rischio di malattia (prevenzione)" (1).

Lo Strumento di Inventario HEPS è di supporto in due modi: fornisce una guida su come realizzare un inventario di interventi scolastici disponibili e un set di indicatori di qualità sui quali ogni Stato membro dell'UE può costruire qualcosa in base alle proprie esperienze e capacità. Inoltre, come parte del Kit scolastico HEPS, lo Strumento di Inventario HEPS è complementare agli altri componenti HEPS che sostengono l'implementazione della promozione della salute nella scuola a vari livelli.

OBIETTIVO E GRUPPO TARGET DELLO STRUMENTO DI INVENTARIO

Lo Strumento di Inventario HEPS mira a sostenere gli enti locali territoriali operanti nel campo della promozione della salute per promuovere qualità e trasparenza degli interventi scolastici concernenti un'alimentazione sana e l'attività fisica in maniera strutturata. Con la lista di controllo HEPS come parte principale dello Strumento di Inventario HEPS, sono disponibili indicatori che assistono gli utenti nella valutazione della qualità di interventi scolastici preesistenti in questo campo. Lo Strumento di Inventario assicura che una comprensione globale della qualità della promozione della salute nella scuola prenda in considerazione sia una prospettiva salutistica sia educativa. Attraverso strutture e indicatori di qualità standardizzati per descrivere gli interventi scolastici sul mangiar sano e sull'attività fisica, gli utenti vengono incoraggiati a sviluppare un inventario degli interventi disponibili in questo campo. Questo permette la selezione e la raccomandazione basate sulla qualità degli interventi scolastici che appaiono promettenti.

Il gruppo target principale dello Strumento di Inventario HEPS sono gli enti nazionali e regionali, es. organizzazioni governative (ministeri, comuni), organizzazioni pubbliche (assicurazioni sanitarie) e organizzazioni non governative (ONG) o private (fondazioni, associazioni) operanti nel campo della promozione e della prevenzione della salute, soprattutto nella scuola. Questo documento sosterrà coloro che realizzano un inventario regionale o nazionale di esistenti interventi scolastici disponibili in ambito di alimentazione sana e attività fisica.

Lo Strumento di Inventario HEPS non è rivolto direttamente alle scuole. Comunque, i risultati della valutazione qualitativa e lo sviluppo di un inventario possono sostenere le scuole nella selezione degli interventi che soddisfano i requisiti di qualità e rispondono ai

bisogni specifici della scuola. Anche gli operatori impegnati in interventi già esistenti e gli ideatori di nuovi interventi possono beneficiare dello Strumento di Inventario HEPS, conferendo loro una migliore comprensione delle componenti qualitative di un intervento e perciò di come possono migliorarne la qualità.

COME E PERCHÉ UTILIZZARE LO STRUMENTO DI INVENTARIO HEPS

A causa del crescente numero in Europa dei bambini in età scolastica in sovrappeso la maggioranza degli Stati membri della UE stanno attualmente dando la priorità allo sviluppo di interventi scolastici nel campo del mangiar sano e dell'attività fisica. Nonostante la ricerca internazionale abbia selezionato gli indicatori di buona qualità dei progetti scolastici in quest'ambito, finora la maggior parte degli Stati membri dell'UE non possiede misure di qualità adatte con una speciale attenzione agli interventi scolastici. Come risultato esiste un divario tra ciò che è noto in letteratura e ciò che è realizzato in pratica (2). Basandosi sull'approccio della scuola che promuove la salute, lo Strumento di Inventario HEPS accresce l'esperienza internazionale e l'evidenza in termini di alimentazione sana e attività fisica. Attraverso lo sviluppo di indicatori di qualità omogenei esso mira a ridurre questo divario, supportando gli enti regionali e nazionali di tutti gli stati membri dell'UE per enfatizzare lo sviluppo e la garanzia di qualità.

Lo Strumento di Inventario HEPS suggerisce metodi e strategie specifici per creare una mappatura degli interventi scolastici basati sul mangiar sano e l'attività fisica con un accento sullo sviluppo e la valutazione di qualità.

Può essere utilizzato come strumento per:

- Un approccio passo dopo passo su come sviluppare un inventario regionale o nazionale degli interventi scolastici esistenti nell'ambito dell'alimentazione sana e dell'attività fisica.
- Una comprensione globale della qualità e delle sue dinamiche nella promozione della salute nella scuola.
- Specifici indicatori di qualità che consentano una comprensione generale della qualità di interventi scolastici nel campo dell'alimentazione sana e dell'attività fisica.

Tutti i componenti dello Strumento di Inventario HEPS sono intesi come fonte di ispirazione che guida i

suoi utenti attraverso il processo di miglioramento e di sviluppo della qualità. Poiché le fasi di sviluppo e le esperienze differiscono in modo significativo tra i vari Stati membri della UE, lo Strumento di Inventario HEPS è realizzato per adattarsi agli specifici bisogni di ogni Stato membro.

■ CAPITOLO 1

LA NECESSITA' DI QUALITA' NELLA PROMOZIONE DELLA SALUTE NELLA SCUOLA

Questo capitolo offre un'introduzione al concetto di qualità nella promozione della salute nella scuola. Elargisce informazioni su sviluppo storico, significati e principali definizioni di "qualità" e termini ad essa correlati. Inoltre vi è descritta la differenza tra i vari concetti di qualità a diversi livelli scolastici. Infine, è introdotto ed illustrato il modello di qualità HEPS.

1.1 SVILUPPI E DEFINIZIONE DEI TERMINI FONDAMENTALI

Durante l'ultima decade termini come qualità, sviluppo di qualità e valutazione sono diventati più rilevanti e hanno rapidamente suscitato interesse. La qualità è ora una parte integrante dell'area della promozione della salute. Si prevede che gli interventi in questo ambito saranno intrapresi nel rispetto di alcuni standard che, prima che la Carta di Ottawa (3) venisse sottoscritta, non venivano raggiunti. Attualmente ogni erogatore di prestazione deve assicurarsi che il proprio progetto soddisfi le esigenze qualitative e gli obiettivi prefissi. Questo è il risultato di sviluppi come un'accresciuta professionalizzazione e il fatto che la promozione della salute ha dovuto legittimarsi come un'effettiva controparte del modello medico che è stato istituito molto tempo addietro (3). Risorse in calo rendono la qualità misurabile un prerequisito per il finanziamento e risorse economiche.

Come conseguenza di tutto ciò, è stata posta una crescente enfasi sullo sviluppo dei concetti e degli strumenti di qualità che incoraggiano quest'ultima nella ricerca e nella pratica della promozione della salute. Molti attuali sviluppi si basano su metodi e concetti che sono di pratica comune nel settore medico (es. medicina basata sull'evidenza).

Nonostante questi metodi e questi concetti siano di utilità per il settore medico, non è sempre possibile applicarli alla disciplina della promozione della salute (3, 4). La promozione della salute, inclusa la promozione della salute nella scuola, si fonda su diversi pilastri e valori. La rete delle Scuole per la Salute in Europa (SHE) ha sviluppato cinque valori fondamentali e cinque pilastri per la promozione della salute nella scuola in Europa: equità, potenziamento, competenza di azione, democrazia e partecipazione (5). È essenziale che la

qualità nella promozione della salute a scuola rifletta i principi e valori sottostanti.

Nonostante il termine "qualità" e i termini correlati come garanzia di qualità si siano diffusi nel campo della promozione della salute a scuola, ancora non esistono comuni definizioni di tali termini. Una causa di ciò è da riscontrare nel fatto che la qualità ricade su percezione e consapevolezza individuali, così come concezioni personali o istituzionali (es. ideali di salute e malattia). A proposito di questo, c'è una distinzione tra le diverse prospettive di 'esperto', 'consumatore' e 'management' (6, 7). La **prospettiva dell'esperto** si riferisce ai professionisti della promozione della salute e si domanda se l'intervento o la misura siano basati sulla conoscenza e se questi siano erogati in un modo che soddisfi i bisogni del professionista. Questa prospettiva può anche essere denominata "qualità tecnica". D'altro canto, la **prospettiva del consumatore** si focalizza sull'individuo al quale l'intervento è indirizzato. Questa prospettiva prende in considerazione quanto l'intervento o la misura conferisca al suo gruppo target cosa esso desidera o necessita (soddisfazione della gente etc.). Infine, la **prospettiva del management** valuta se le risorse vengano utilizzate in una maniera efficiente.

Queste tre prospettive dimostrano quanto sia difficile definire la qualità in modo esaustivo. Un approccio ampiamente utilizzato dall'Istituto Americano di Medicina definisce la qualità come "il grado in cui i servizi sanitari per gli individui e le popolazioni aumentano la probabilità di raggiungere gli outcome di salute desiderati e sono coerenti con la conoscenza professionale corrente" (8).

Sebbene questa definizione si focalizzi su una conoscenza professionale (prospettiva dell'esperto) e sugli outcome di salute, essa può servire come punto di partenza per spiegare due diversi paradigmi di qualità (9). All'interno del primo, la qualità è valutata ad un certo punto con l'ausilio di criteri e standard prestabiliti ("paradigma della compliance"). Una volta che la misura o l'intervento soddisfa i criteri e gli standard, è conferita la qualità. Il più dinamico "paradigma dell'ottimizzazione" non si focalizza meramente sul raggiungimento di criteri prestabiliti; esso punta inoltre ad un miglioramento continuo e sistematico della qualità degli interventi. Poiché la promozione della

salute nelle scuole ha una natura molto complessa e agisce in contesti che cambiano di continuo, il paradigma di qualità dell'ottimizzazione dovrebbe essere il primario. Perciò lo Strumento di Inventario HEPS dovrebbe focalizzarsi non solo sulla valutazione della qualità di qualunque intervento scolastico sul mangiare sano e l'attività fisica, ma anche fornire suggerimenti su come migliorarne la qualità.

Un altro termine importante che è in linea con il paradigma di qualità dell'ottimizzazione è la "garanzia di qualità". Nonostante questo termine venga utilizzato in diverse accezioni, si è concordi nell'affermare che la garanzia di qualità si riferisce a un processo continuo e dinamico, nel quale sono valutati i livelli desiderabili di qualità e, se necessario, sono intraprese delle azioni

volte al miglioramento della qualità (10, 11). Essa include attività come stabilire gli standard di qualità, misurare la performance, intraprendere azioni per migliorare la qualità ed effettuare regolari revisioni (11).

Lo Strumento di Inventario HEPS lavora nella prospettiva di una garanzia di qualità e getta le basi per un miglioramento di quest'ultima. Questo processo ci rivelerà le aree di bassa qualità e che perciò necessitano di essere migliorate. Appurato che questa procedura è in corso e dinamica, la garanzia di qualità è un ciclo in corso di valutazione e miglioramento. Questo distingue la garanzia di qualità dalla valutazione, che invece si focalizza sui risultati ad uno stadio particolare del processo.

Tabella 1: Valutazione di qualità a livello scolastico (selezione)

Strumenti di valutazione della qualità a livello organizzativo/scolastico	Paesi
Scuola salutista Audit	GER
Esperienza di promozione della salute a scuola	GER
Strumento di valutazione delle scuole salutiste	UK
INDI9 – Strumento di autovalutazione per il modello ceco HPS	CZ
Strumento per lo sviluppo di qualità nelle scuole (IQES)	GER
Scuola salutista nazionale audit	UK
Criteri di qualità per le scuole promotrici di salute/profilo radiale	CH
Questionario per la valutazione di qualità della salute mentale a scuola	USA
Certificato nazionale della scuola promotrice di salute	POL

Tabella 2: Strumenti di qualità per valutare gli interventi salutistici (selezione)

Strumenti di valutazione della qualità per gli interventi scolastici	Paesi
Criteri di buona pratica in promozione della salute per le persone socialmente svantaggiate	GER
Strumento di qualità europea per la promozione della salute (EQUIHP)	EU
Prefi	NL
Qualità nella prevenzione (QiP)	GER
Criteri di qualità per i programmi verso la prevenzione e il trattamento dei bambini e degli adolescenti che diventeranno o sono in sovrappeso e/o obesi	GER
Quint essenz	CH
Lista di controllo a ritmo della scuola	NL
Riuscita di progetti di promozione della salute	SE
Indice del piano dei programmi	USA

1.2 DI QUALE QUALITA' STIAMO PARLANDO?

La cornice di riferimento non è sempre chiara quando si parla di qualità. Nella promozione della salute a scuola possono essere distinti almeno due livelli (12).

a) Qualità delle impostazioni e delle organizzazioni
 Questo livello di qualità si riferisce sia all'impostazione della scuola che promuove la salute che alla scuola in quanto organizzazione. Sono stati sviluppati svariati concetti per garantire la qualità fin dall'impostazione iniziale. Nel complesso includevano la qualità nella policy e nella strategia. In questo contesto il successo di una determinata scuola può essere valutato mediante strumenti di autovalutazione così come audit, sia interni che esterni. Gli strumenti audit possono includere anche indicatori che misurano la qualità educativa, il che permette confronti diretti con i relativi indicatori di qualità (es. strumento per lo sviluppo della qualità nelle scuole - IQES-Anschub). Una selezione di tali strumenti è elencata nella Tabella 1.

b) Qualità degli interventi sulla salute nell'impostazione scolastica

Questo livello di qualità si focalizza maggiormente su specifici interventi di salute che sono spesso offerti da servizi di salute esterni. Per valutare se l'intervento soddisfa o meno i requisiti di qualità, sono necessari criteri ed indicatori specifici. Nonostante un progresso in questo senso sia stato raggiunto, negli ultimi anni la maggior parte degli strumenti di qualità disponibili in quest'area mirano a interventi sulla promozione della salute in generale e non si focalizzano su specifici

che impostazioni così come il contesto scolastico. Una selezione di questi strumenti di qualità è elencata nella Tabella 2.

Quando viene valutata la qualità è importante chiarire a quale cornice di riferimento si allude. Per via della carenza di strumenti di qualità scolastici, la cornice di riferimento dello Strumento di Inventario HEPS si focalizza sugli interventi scolastici nel campo dell'alimentazione sana e dell'attività fisica.

1.3 IL MODELLO DI QUALITA' HEPS

Come già discusso, il termine "qualità" è un concetto di ampia accezione con diverse sfumature di significato. Per valutare la qualità degli interventi scolastici nel loro intero scopo, è necessario considerare tutti gli aspetti rilevanti di un intervento e non focalizzarsi solo su una specifica parte come i risultati raggiunti. Secondo Donebedian, la qualità può essere valutata a tre dimensioni: qualità della struttura, qualità del processo e qualità del risultato (13).

La qualità della struttura è correlata in primo luogo alle condizioni in cui l'intervento viene erogato. Questo include, per esempio, la struttura dell'organizzazione, le risorse materiali come l'equipaggiamento, risorse finanziarie e umane come personale qualificato. **La qualità del processo** si riferisce alle azioni all'interno della fase di attuazione dell'intervento, che include supporto, monitoraggio, raggiungibilità e accettabilità del gruppo target. **La qualità dei risultati** include i cambiamenti desiderabili e non nel gruppo

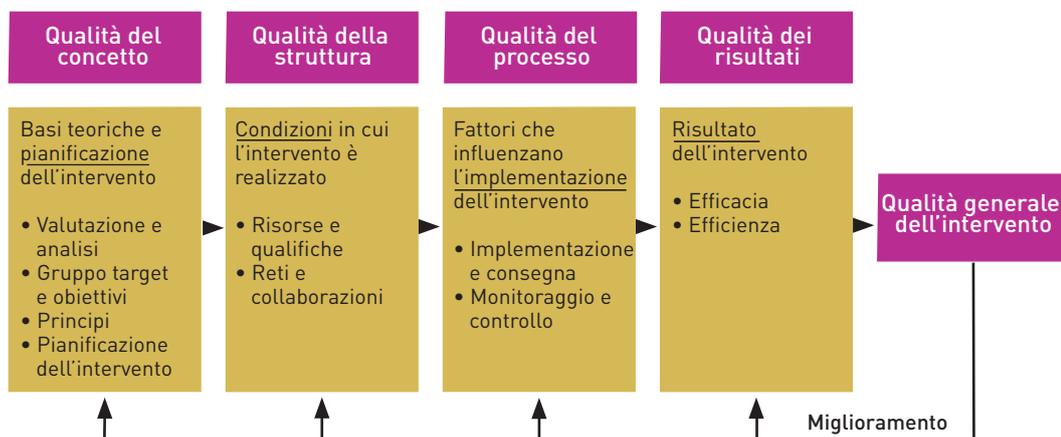


Figura 1: Il modello circolare HEPS della qualità

target e nel setting scolastico. Questa di solito include aspetti di efficacia e aspetti di efficienza.

Questi approcci vengono spesso trasferiti ed applicati alla promozione e alla prevenzione della salute. E' stato proposto che la qualità dell'intervento tenga in considerazione anche altri aspetti come la valutazione e la progettazione (9, 14). Poiché entrambi gli aspetti si riferiscono alla stessa fase di un intervento, si utilizza in questo contesto il termine **qualità del concetto**. Questa dimensione fa riferimento a come l'intervento possieda delle basi concettuali ed includa, tra le altre cose, una valutazione dei bisogni, una definizione dei gruppi target e degli obiettivi, così come lo sviluppo di metodi di intervento.

Il modello di qualità HEPS illustrato in Figura 1 si fonda sulle quattro dimensioni sopra descritte. Come sequenza strutturata, esso riflette una visione olistica della qualità. Per valutare la qualità di un intervento correlato alla salute è necessario considerare ognuna delle dimensioni della qualità. Come illustrato nel modello, ogni dimensione ha un'influenza sulla seguente. Insuccessi ed errori, per esempio nella fase di progettazione, possono condurre a imprecisioni e difficoltà di realizzazione nel processo e nella fase della valutazione. Se nessun obiettivo o solo obiettivi specifici sono stati formulati nella fase di progettazione, il loro raggiungimento non viene tenuto in considerazione durante la valutazione. A partire dal paradigma dell'ottimizzazione della qualità, una prospettiva circolare è inclusa nel modello di qualità HEPS. Questo significa che i risultati della valutazione della qualità globale dovrebbero venire utilizzati per un miglioramento continuo della qualità.

■ CHAPITRE 2

LO STRUMENTO DI INVENTARIO HEPS

Lo Strumento di Inventario HEPS aiuta a realizzare un inventario nazionale o regionale degli attuali interventi scolastici nell'ambito dell'alimentazione sana e dell'attività fisica. In primo luogo è descritto un approccio passo dopo passo su come sviluppare tale inventario. In seguito, nella seconda parte del capitolo, viene introdotta la lista di controllo di qualità HEPS, come parte principale dello Strumento di Inventario.

della promozione della salute che da quello educativo. Poiché lo sviluppo di un inventario nazionale è più dispendioso dal punto di vista temporale e più laborioso, in questo caso il gruppo di lavoro dovrebbe essere composto da diversi enti locali territoriali (es. ministeri, università e fondazioni). È importante chiarire i ruoli e le responsabilità di ogni membro, per evitare confusioni di ruolo all'inizio del processo di lavoro.

2.1 IL PROCESSO DI INVENTARIO HEPS

La mappatura degli interventi scolastici nel campo del mangiar sano e dell'attività fisica può fornire un chiaro quadro generale degli interventi esistenti, e quest'ultimo può sostenere le scuole nella selezione degli interventi che soddisfino i loro bisogni ed aspettative. La stesura di un inventario porterà via tempo e risorse personali agli enti locali territoriali sia regionali che nazionali. Avere in mente una chiara struttura di come realizzarlo può ridurre considerevolmente i lassi di tempo. Allo scopo di guidare il processo di sviluppo di un inventario, si suggeriscono i seguenti sette passi:

1. Istituire un gruppo di lavoro
2. Stabilire criteri di inclusione ed esclusione
3. Raccogliere interventi ed informazioni rilevanti
4. Analizzare e descrivere gli interventi
5. Ottenere una verifica e fornire un feedback
6. Diffondere i risultati
7. Fare degli aggiornamenti periodici

Qui sotto ogni passo è descritto brevemente.

2.1.1 Passo 1: Istituire un gruppo di lavoro

Il primo passo consiste nel creare un gruppo di lavoro che avrà il compito di sviluppare un inventario degli interventi scolastici esistenti nell'area del mangiar sano e dell'attività fisica. Nonostante non ci sia un limite su chi debba essere parte di tale gruppo, ogni membro dovrebbe avere esperienza nel campo della promozione della salute, dell'alimentazione sana o dell'attività fisica. Il gruppo di lavoro consta di membri provenienti da una o più organizzazioni, idealmente sia dal settore

2.1.2 Passo 2: Criteri di inclusione ed esclusione

Prima di cominciare ad avviare una ricerca degli interventi scolastici disponibili, dovrebbe risultare chiaro su cosa si focalizza l'inventario e a quali condizioni un certo intervento vi verrà incluso. Più vengono definiti specifici criteri di inclusione e meglio viene realizzata una ricerca. Per stabilire chiari criteri di inclusione, le seguenti domande potrebbero rivelarsi utili: *A quale gruppo target dovrebbe essere rivolto l'intervento? Quale dovrebbe essere lo scopo dell'intervento? A quale livello geografico dovrebbe essere indirizzato l'intervento? Che cosa dovrebbe comprendere l'intervento?*

Sulla base dell'approccio della scuola che promuove la salute, i seguenti criteri di inclusione potrebbero risultare utili:

- L'intervento è realizzato soprattutto in ambiente scolastico, es. scuole primarie e secondarie.
- L'intervento si rivolge a persone giovani tra i 6 e i 18 anni di età e/o agli insegnanti e allo staff non docente.
- L'intervento si focalizza sulla promozione della salute e sulla prevenzione. Gli interventi che sono focalizzati sul trattamento farmacologico o sulla riabilitazione sono esclusi.
- L'intervento si pone l'obiettivo di una sana alimentazione, attività fisica e salute mentale come tema correlato.
- L'intervento è già stato sviluppato e ancora in corso ad un livello nazionale (o regionale).
- Ci sono abbastanza informazioni relative all'intervento.

2.1.3 Passo 3: Raccogliere di interventi ed informazioni rilevanti

Una volta che i criteri di inclusione sono stati definiti, il gruppo di lavoro può cominciare ad identificare gli interventi appropriati e a raccogliere informazioni a loro relative. Il tipo di informazione richiesta dipende dai criteri di inclusione che sono stati definiti nel passo 2, dalle categorie dello schema descrittivo (vedi passo 4), così come dagli indicatori di qualità per i quali sono necessarie delle informazioni (vedi capitolo 2.2).

Per identificare interventi rilevanti possono venire utilizzate diverse fonti. Queste ultime includono ad esempio database online, pubblicazioni stampate o informazioni raccolte da sondaggi. Molti Stati membri dell'UE hanno sviluppato database su scala nazionale che possono esse-

re consultati attraverso un motore di ricerca. Ne costituiscono degli esempi i database per l'alimentazione e l'attività fisica (peb) e per la promozione della salute per gli svantaggiati dal punto di vista sociale in Germania, il database olandese o il database della scuola sana in Austria (vedi risorse utili web). Database scientifici come punti di partenza per una revisione sistematica della letteratura possono essere utile. Altre risorse rilevanti sono le reti nazionali o regionali nell'ambito della promozione della salute, così come i coordinatori SHE nazionali, che possono venire coinvolti nei gruppi di lavoro o interpellati per avere informazioni su interventi esistenti. Oltre a ciò, possono venire identificate le organizzazioni attive nel campo del mangiar sano e dell'attività fisica e possono venire interrogate tramite sondaggio su quali interventi scolastici siano a loro noti nell'ambito di cui sopra.

Tabella 3: Formato per la descrizione di interventi scolastici sul tema di un'alimentazione sana e dell'attività fisica

Categoria	Descrizione
1. Titolo	Titolo dell'intervento
2. Erogatore	Descrizione breve dell'erogatore dell'intervento, incluso il tipo di organizzazione e i dettagli del contatto.
3. Gruppo target	Sono presentate informazioni riguardo il gruppo target dell'intervento. Sono fornite descrizioni in termini di età, grado scolastico, sesso e caratteristiche socio-economiche o tra gruppi target primari e secondari (es. alunni e genitori).
4. Obiettivi	Qui si fornisce una precisa descrizione degli obiettivi dell'intervento. Ci sono obiettivi a breve e lungo termine? L'intervento mira alla prevenzione di specifici comportamenti a rischio per la salute o alla promozione di abilità o condizioni che promuovono il mangiar sano e l'attività fisica?
5. Scopo	Sono fornite informazioni riguardo lo scopo dell'intervento. Questo include informazioni circa il livello della realizzazione dell'intervento (coinvolgimento di una classe, dell'intera scuola, di un ambiente scolastico più ampio).
6. Contenuto	Oltre alla descrizione del contenuto generale, sono elencati e descritti in dettaglio i componenti dell'intervento. I componenti possono essere categorizzati ad esempio in elementi orientati alla persona vs elementi orientati alla condizione; livello focalizzato sulla classe vs componenti focalizzati sull'ambiente etc..

7. Metodi & Didattiche	Descrizione dei metodi e delle didattiche che sono applicati nell'intervento es. transfer di conoscenza, esercizi orientati alla dinamica di gruppo, training etc. Questa categoria contiene anche informazioni circa i materiali (brochure, DVD etc.) intesi per l'implementazione.
8. Durata	Informazioni riguardo la durata dell'intervento, inclusa la finestra temporale totale per l'intero intervento, il tempo necessario per i componenti/elementi/sessioni separati (incluso il numero delle sessioni a settimana) etc.
9. Consegna del programma	Informazioni circa le competenze necessarie a coloro che porteranno a termine il programma. Questo include una descrizione circa le qualifiche richieste e le informazioni riguardo un eventuale specifico training necessario per implementare l'intervento. Si dovrebbe specificare se diverse componenti del progetto richiedano diverse qualifiche e professioni.
10. Training/ Manuale	Questa sezione mira a chiarire se sia necessario e/o disponibile un training per insegnanti/realizzatori del programma. A quali condizioni, manuale per chi e quanto spesso? E' un programma disponibile come manuale?
11. Costi dell'intervento	Informazioni circa i costi totali che sono richiesti per realizzare l'intervento. Un'attenzione speciale va riservata ai costi per le scuole, che includono costi di personale e finanziari (training, materiali), tempo di preparazione etc.
12. Valutazione	Questa categoria contiene informazioni circa la valutazione dell'intervento con riguardo ai processi e ai risultati. Che tipo di valutazione è stata condotta (valutazione del processo, dell'effetto, dell'efficacia dei costi etc.)? Si tratta di effetti documentati in termini di promozione di un'alimentazione sana e attività fisica?
13. Valutazione della qualità	Qui viene fornita una valutazione della qualità dell'intervento, sulla base della lista di controllo HEPS della qualità. Inoltre sono indicati i risultati di valutazione delle quattro dimensioni della qualità, la qualità totale dell'intervento, e sono evidenziati i suoi punti di forza e di debolezza. Può essere fornita una raccomandazione se l'intervento possa fungere da "modello di buona pratica".
14. Miscellanea	Qui sono fornite informazioni che non sono fornite attraverso altre categorie, ma che sono essenziali per la comprensione dell'intervento (es. letteratura).

Una volta che l'intervento è stato identificato è utile mettersi in contatto diretto con l'erogatore dell'intervento per interpellarlo circa una descrizione dell'intervento e informazioni aggiuntive, es. dati sulla valutazione.

2.1.4 Passo 4: Analisi e descrizione dell'intervento

Quando la raccolta delle informazioni rilevanti è completata, le informazioni per ogni intervento hanno bisogno di essere sistematizzate ed analizzate. Sistematizzare consiste nel separare le informazioni rilevanti da quelle irrilevanti e farne un sommario in modo che esso possa essere utilizzato per una comprensione chiara e completa dell'intervento. L'analisi è parte della valutazione della qualità, i suoi risultati dovrebbero venire inclusi nella descrizione dell'intervento. Come realizzare una valutazione della qualità di un intervento scolastico nel campo del mangiar sano e dell'attività fisica è descritto in dettaglio nel capitolo 2.2. Sia la valutazione della qualità che la descrizione dell'intervento dovrebbero essere realizzati da almeno due persone. Il vantaggio di questo è che i risultati della valutazione e della descrizione della qualità possono venire confrontati e le differenze possono venire discusse insieme. Per permettere confronti diretti tra gli interventi che sono inclusi nell'inventario, dovrebbe essere utilizzato un formato di descrizione standardizzato. Sulla base di una ricerca di formati descrittivi esistenti (15-17), il seguente formato comprende un set di categorie che sono di tipica rilevanza per le scuole e gli enti locali territoriali. Due esempi ai quali questo formato descrittivo è stato applicato può essere trovato nel capitolo 3.

2.1.5 Passo 5: Verifica e feedback

Come passo finale il/i erogatore/i dell'intervento dovrebbe venire informato che il suo/loro intervento è incluso nell'inventario. Dovrebbe venire loro richiesto di controllarne la descrizione e completarla se necessario. Questo riduce la possibilità di errori ed assicura che l'erogatore sia coinvolto nel processo di sviluppo.

Ad ogni erogatore il cui intervento è incluso nell'inventario dovrebbe venire dato un feedback riguardo i risultati della valutazione della qualità. Come enfatizzato nel capitolo 1, lo Strumento di Inventario HEPS è uno strumento per la garanzia di qualità (vedi modello di

qualità HEPS). Questo richiede azioni per migliorare la qualità (11) ed una di queste consiste nel dare un concreto feedback all'erogatore. Tutti i feedback dovrebbero includere i risultati principali dalla valutazione per ogni dimensione della qualità, così come una descrizione dei punti di forza e di debolezza dell'intervento. Più queste descrizioni sono dettagliate, con particolare riguardo ai punti di debolezza, meglio l'erogatore sarà in grado di implementare un cambiamento per migliorare l'intervento. Un buon modo di illustrare i risultati di qualità di un intervento consiste nel fornire un confronto con i risultati di tutti gli altri interventi che sono stati valutati nello stesso momento. Questi standard di riferimento possono essere utilizzati per tutte le dimensioni della qualità (concetto, struttura, processo, risultati) o possono essere più dettagliati per ogni criterio della lista di controllo di qualità HEPS (vedi capitolo 2.2). Insieme al feedback, riguardo ai punti di debolezza, dovrebbero essere descritte le azioni che è necessario intraprendere.

2.1.6 Passo 6: Diffusione dei risultati

Dopo che un controllo incrociato è stato effettuato per ogni intervento, l'inventario può venire pubblicato. Tutte le barriere a chiunque potesse beneficiare dal riceverlo (es scuole, enti locali territoriali) dovrebbero venire rimosse se possibile: per esempio l'inventario finale potrebbe essere gratis o molto economico da acquistare. In aggiunta a ciò, si promuove un'estesa divulgazione individuando i gruppi in modo appropriato, con diverse strategie che raggiungano diversi gruppi: per esempio, potrebbe essere organizzata una conferenza durante la quale l'inventario è presentato e distribuito. Alternativamente, potrebbe esserne spedita una copia agli enti locali regionali o nazionali attivi nel campo della promozione della salute nella scuola e/o che supportano le scuole nell'ambito del mangiar sano e dell'attività fisica. Gli enti locali territoriali costituiscono un gruppo target a sé stante e possono agire da distributori. Il numero delle persone e delle organizzazioni che hanno accesso a internet può costituire anch'esso un efficace strumento di diffusione. Lo Strumento di inventario può essere caricato su diversi siti web, legati ai temi dell'educazione e della salute, temi che risultano rilevanti per le scuole e gli enti locali territoriali. Anche servizi di newsletter di corrispondenza possono venire utilizzati per richiamare l'attenzione sull'inventario. I risultati dell'inventario potrebbero venire trasmessi a

database esistenti disponibili in quel campo (vedi passo 3). Se non esiste alcun database regionale o nazionale, l'inventario degli interventi scolastici potrebbe essere una buona ragione per cominciare a svilupparne uno.

2.1.7 Passo 7: Fare aggiornamenti regolari

Secondo la comprensione ciclica della garanzia di qualità, lo sviluppo di qualità è un processo in corso di valutazione e miglioramento. Di conseguenza è necessario rivalutare la situazione dopo un certo periodo di tempo. Questo rende possibile paragonare la qualità dello stesso intervento a diversi stadi temporali e determinare se l'intervento è andato incontro ad un positivo sviluppo di qualità. Data la crescente rilevanza ricoperta dal mangiar sano e dall'attività fisica, ci si aspetta che anche il numero degli interventi scolastici in quel campo aumenterà di numero nel corso dei prossimi anni. Perciò si raccomanda un aggiornamento regolare di un inventario degli interventi scolastici nell'ambito del mangiar sano e dell'attività fisica.

2.2 LA LISTA DI CONTROLLO DI QUALITÀ HEPS

Come parte dello Strumento di Inventario HEPS, la lista di controllo di qualità HEPS fornisce un set di criteri ed indicatori che abilitano gli utenti alla valutazione della qualità degli interventi scolastici esistenti nell'ambito del mangiar sano e dell'attività fisica. La lista di controllo di qualità può anche fungere da struttura di base per lo sviluppo di nuovi interventi scolastici in questo campo. I criteri e gli indicatori sono il risultato di una ricerca globale su strumenti di qualità esistenti nell'ambito della promozione e della prevenzione della salute (18-24) così come su evidenza ed esperienze scientifiche di una sana alimentazione e attività fisica nelle scuole (25-37). Sulla base del modello di qualità HEPS descritto nel capitolo 1.3, per ogni dimensione della qualità sono stati sviluppati diversi criteri, ognuno dei quali contiene un set di relativi indicatori. Un indicatore si può definire come "uno speciale e selezionato metro di misura che può indicare e evidenziare una buona o scarsa qualità" (10). La lista di controllo di qualità HEPS è stata pre-testata da enti territoriali regionali e nazionali appartenenti ai settori della promozione della salute e dell'educazione in stati selezionati dell'UE. La lista di controllo di qualità HEPS si può consultare nell'

Appendice 1. Di seguito si forniscono istruzioni su come utilizzare la lista di controllo.

2.2.1 Valutare gli interventi – procedura generale

La lista di controllo di qualità HEPS comprende 37 indicatori organizzati in 10 criteri e 4 dimensioni di qualità. Essa contiene gli indicatori che sono rilevanti sia per la promozione della salute che per i settori educativi. Sulla base del modello che sottolinea la qualità (vedi capitolo 1.3), si garantisce una valutazione globale di qualità di tutte le fasi rilevanti di un intervento (pianificazione, implementazione e valutazione).

In generale, la valutazione della qualità si riferisce sempre all'intervento scolastico di per sé (es. come è stato pianificato ed organizzato dall'erogatore) e non al modo in cui viene implementato in una scuola. Tenendo a mente che la lista di controllo di qualità è uno strumento di valutazione di valutazione, quest'ultima deve essere effettuata sulla base di informazioni pubblicate o meno da parte dell'erogatore e non sulla base di esperienze della scuola.

Risorse per la valutazione

Risorse rilevanti includono materiali pubblicati come manuali, libri ed articoli scientifici che sono pertinenti alla valutazione o al modello teorico utilizzato per un particolare intervento. Anche i risultati da altre valutazioni esterne possono essere incorporati nella valutazione della qualità. Se manca qualunque informazione, si possono chiedere all'erogatore informazioni aggiuntive come relazioni non pubblicate, studi di casi, manuali etc. Tuttavia, le informazioni che non sono disponibili per iscritto non dovrebbero venire utilizzate per la valutazione (vedi 2.2.3).

Esaminatore

Come già menzionato al punto 2.1.4, si raccomanda che ogni valutazione di qualità venga condotta indipendentemente da almeno due esaminatori. Il vantaggio dei due esaminatori consiste nel fatto che i risultati della valutazione possono essere confrontati e qualunque discrepanza può essere discussa ed acclarata se richiesto. Preferibilmente entrambi gli esaminatori dovrebbero avere familiarità con la promozione e la prevenzione della salute e specialmente con la promozione della salute nella scuola. Dato per acquisito che la lista di con-

trollo di qualità mira ad un'impostazione educativa, idealmente ciascun intervento scolastico dovrebbe essere valutato da un esperto del settore educativo ed uno del settore della promozione della salute (18). Questo assicura che le realtà educative siano prese in considerazione adeguatamente. Inoltre si raccomanda che un esaminatore non esperto venga vigilato da un professionista esperto prima di effettuare la valutazione.

Sostegno alla valutazione

Per rendere facile l'uso degli indicatori della lista di controllo di qualità HEPS ed assicurarne una comprensione condivisa, ogni indicatore è descritto in maggior dettaglio (vedi Appendice 1). Quest'ultima dovrebbe venire letta attentamente prima di esprimere un giudizio, poiché descrive esattamente cosa si intende per ogni indicatore e cosa è necessario per soddisfarne i requisiti. Nella lista di qualità il numero della pagina incluso dopo ogni indicatore di qualità si riferisce alla pagina in cui l'indicatore è descritto in maggior dettaglio. Inoltre, è stato sviluppato un glossario ed è stato incluso nell'Appendice 2. Esso fornisce una descrizione dei termini importanti utilizzati in questa lista di controllo.

Tempo necessario per la valutazione

La quantità di tempo richiesto per applicare la lista di controllo di qualità ad un dato intervento dipende da aspetti come lo scopo dell'intervento e la disponibilità dell'informazione, così come il livello di esperienza dell'esaminatore. I risultati dei pre-test mostrano che la media di tempo varia a seconda dell'intervento. Se l'esaminatore è esperto nel settore ed ha dimestichezza con la lista di controllo di qualità HEPS, si ridurrà il tempo necessario per la valutazione.

2.2.2 Assegnare un punteggio ed interpretare gli indicatori e relative dimensioni

E' stata inclusa una scheda per il punteggio nella lista di controllo di qualità HEPS, per segnalare se ogni indicatore mostri punti di forza o di debolezza. Ogni indicatore dovrebbe essere segnato utilizzando una delle tre opzioni per la valutazione (sì, parzialmente, no); ogni opzione prevede un punteggio differente (numero di punti).

Sì (2 punti): indica che l'indicatore è stato "raggiunto completamente".

Parzialmente (1 punto): indica "per certi aspetti sì, per altri no"
No (0 punti): indica "non raggiunto".

Se un indicatore non può venire valutato per via della mancanza di informazioni, questo indicatore può essere valutato con un "no" (non raggiunto, 0 punti). Il numero di punti dovrebbe essere sommato per ogni dimensione e la somma assegnata al campo "punteggio totale".

Dopo aver calcolato il punteggio totale, il valore può essere confrontato ed interpretato utilizzando la tavola di valutazione di accompagnamento per ogni dimensione. Come risultato, ogni dimensione può essere giudicata di qualità alta (2 punti), qualità media (1 punto) oppure di qualità bassa (0 punti) (vedi colonna a destra "punteggi finali").

Dopo la valutazione e l'interpretazione di ogni dimensione della qualità, si può calcolare un punteggio finale totale sommando il "punteggio finale" di ogni dimensione (colonna a destra). Il risultato può essere confrontato ed interpretato utilizzando la tavola di valutazione globale alla fine della lista di controllo, risultato che potrà essere: "intervento di alta qualità", "intervento di media qualità" e "intervento di bassa qualità".

Per interpretare la qualità di un intervento scolastico nell'ambito di una sana alimentazione e dell'attività fisica si raccomanda di utilizzare non solo la valutazione globale dell'intero intervento, ma anche i risultati di valutazione specifici per ogni dimensione. Questo assicura un quadro più dettagliato della qualità dell'intervento con i suoi punti di forza e di debolezza.

Come sottolineato nel capitolo 2.1.5, un altro modo flessibile di illustrare i risultati della valutazione della qualità è confrontare i risultati o i punteggi di un intervento con i risultati di altri interventi. Questo standard di riferimento permette inoltre di identificare le aree che necessitano di miglioramento. Una volta che la valutazione della qualità è completa per tutti gli interventi scolastici nell'ambito del mangiar sano e dell'attività fisica, i punteggi raggiunti possono essere trasferiti in un database. Dopo aver calcolato le medie per tutti i criteri e le dimensioni della qualità per ogni intervento, si può decidere quale intervento rientri in una certa area di qualità: sotto la media o sopra la media. E' importante, per questo tipo di procedura, che gli interventi siano

confrontabili tra loro, ad es. che siano caratterizzati da condizioni simili come il tipo di scuola, scopo, livello di implementazione etc.

2.2.3 Difficoltà e come superarle

Sebbene la lista di controllo di qualità HEPS è intesa a sostenere i suoi utenti nella valutazione della qualità degli interventi scolastici nel settore del mangiar sano e dell'attività fisica, possono verificarsi alcuni problemi nell'applicazione di questa lista di controllo. Le sezioni seguenti identificano alcuni potenziali problemi e suggeriscono metodi raccomandati per superarli.

Raccolta delle informazioni

Per valutare un intervento scolastico si necessita una grande mole di informazioni come materiali pubblicati, libri etc. così come informazioni non pubblicate, inclusa la "letteratura grigia". Per alcuni indicatori potrebbe risultare arduo ottenere informazioni che permettano la valutazione di tali indicatori. Questo è soprattutto vero per i materiali non pubblicati per via di un accesso ristretto, o semplicemente perchè non ci sono informazioni disponibili in merito. Per assicurare che tutte le informazioni vengano prese in considerazione nel corso della valutazione, si suggerisce che l'erogatore venga coinvolto nel processo di valutazione il prima possibile. Tuttavia, le informazioni che non sono disponibili per iscritto (es. messaggi verbali da parte dell'erogatore) non possono essere utilizzati per la valutazione. Questo accade perchè le informazioni non disponibili per l'esaminatore non lo sono nemmeno per il responsabile che ha il compito di portare a termine l'intervento. Questo può venire considerato una mancanza di qualità.

Qualifiche degli esaminatori

Un'altra questione importante riguarda l'esaminatore, ossia la persona che applica la lista di controllo di qualità HEPS. La conoscenza e l'esperienza che vengono richieste per fare buon uso della lista di qualità non andrebbe sottovalutata. Per soddisfare validi indici di qualità, ci si dovrebbe assicurare che le persone inesperte in questo settore vengano dapprima istruite in materia. Inoltre è importante applicare la lista di controllo il più obiettivamente possibile. Si deve garantire che il giudice non sia influenzato da alcuna circostanza che potrebbe creare un pregiudizio nella valutazione della qualità. Così, per esempio, sarebbe inappropriato per un esaminatore essere personalmente coinvolto nello svi-

luppo dell'intervento che egli stesso valuterà.

Quando applicare i diversi tipi di intervento

Ci si aspetta che tutti gli indicatori formulati nella lista di controllo di qualità HEPS siano altamente rilevanti per tutti gli interventi scolastici nell'ambito del mangiar sano e dell'attività fisica a scuola. Tuttavia, per svariati motivi, alcuni indicatori potrebbero essere più importanti per certi tipi di intervento piuttosto che altri. Nonostante si possano distinguere diversi tipi di interventi di promozione della salute (19, 22), solo due diversi tipi sono rilevanti ai fini della lista di controllo di qualità HEPS. Questi sono interventi che sono già stati sviluppati ed implementati, ma non ancora valutati ed interventi che sono già stati sviluppati, implementati e valutati. Per quegli interventi che sono stati valutati, possono essere utilizzati tutti gli indicatori considerati. Tuttavia, per quelli che non sono ancora stati valutati, gli indicatori della quarta dimensione della qualità (qualità dei risultati) sono difficili da applicare. Questo non significa necessariamente che gli interventi per i quali non è stata condotta alcuna valutazione siano di bassa qualità e per questa ragione è sufficiente valutare questo tipo di intervento focalizzandosi, in prima istanza, sulle prime tre dimensioni della qualità. Questo può essere particolarmente rilevante per gli interventi su scala regionale che a volte sono più modesti e hanno a disposizione solo risorse limitate per una valutazione globale e immediata. Cionondimeno, è da sottolineare il fatto che ogni dimensione della qualità è rilevante per la qualità globale di qualunque intervento. Se non viene portata a termine nessuna valutazione durante un largo arco di tempo, si dovrebbe considerare la possibilità che la qualità del suddetto intervento sia minore. La lista di controllo di qualità HEPS non dovrebbe essere applicata ad interventi che sono ancora ad uno stadio di sperimentazione.

Applicazione a diversi livelli

I gruppi target per lo Strumento di Inventario HEPS sono gli enti territoriali nazionali e regionali. Nonostante la lista di controllo di qualità HEPS possa essere maggiormente compatibile con interventi su scala nazionale, i risultati del pre-test della lista di controllo di qualità HEPS mostrano che un'alta percentuale di esaminatori la considerano appropriata per un livello regionale. Appurato che gli interventi a livello locale sono per la maggior parte molto modesti e spesso limitati nei loro obiettivi e risorse, presupponiamo che in questo caso alcuni indicatori della lista di control-

lo di qualità HEPS non saranno facilmente applicati. Una delle sfide del futuro sarà adattare la lista di controllo di qualità HEPS alle necessità della comunità locale.

Il valore dell'informazione e la dipendenza dal contesto

La lista di controllo di qualità HEPS si basa su un'evidenza empirica ed esperienze pratiche nell'ambito del mangiar sano e dell'attività fisica nell'ambiente scolastico. Nonostante la lista di controllo di qualità HEPS con i propri criteri ed indicatori implichi requisiti e standard riconosciuti da esperti nel settore educativo (vedi 1.1), la lista di controllo di qualità ed i propri risultati dovrebbero essere considerati soprattutto un orientamento ed una sorgente di ispirazione per la qualità ed il suo sviluppo. Questo non implica automaticamente che un intervento di alta qualità sarà di valore elevato anche per una particolare scuola o viceversa che un intervento di bassa qualità non sarà di alcun valore per una certa scuola. La significatività di qualunque intervento per una scuola dipende dalle sue condizioni e dai suoi specifici bisogni. Si raccomanda di includere nell'inventario sia gli interventi di bassa qualità sia quelli di alta e media qualità. Questo consente alla scuola di selezionare meglio un intervento che soddisfi i propri specifici bisogni.

■ **CAPITOLO 3**

LO STRUMENTO DI INVENTARIO HEPS IN PRATICA - DUE ESEMPI

Il fulcro dell’attenzione in questo capitolo si concentra sull’applicazione pratica dello strumento in due interventi scolastici nell’ambito di un’alimentazione sana e dell’attività fisica. Entrambi gli interventi, il “Trial tedesco di intervento sulla salute dei bambini”, così come “Crescere durante l’Adolescenza”, programma Scozzese, sono stati valutati con la lista di controllo di qualità HEPS e descritti attraverso il formato che è presentato nella sezione 2.1.4. I risultati di entrambi gli interventi sono delineati di seguito.

3.1 IL “TRIAL DI INTERVENTO SULLA SALUTE DEI BAMBINI” (CHILT), GERMANIA

Il “Trial di intervento sulla salute dei bambini” (CHILT) è un intervento tedesco che può venire diviso in diversi sotto-interventi che coprono una sequenza che va dalla prevenzione/promozione della salute universale (CHILT I – alimentazione sana e attività fisica) ad una prevenzione selettiva (CHILT III – prevenzione/tratta-

mento dell’obesità). L’enfasi di questo esempio è focalizzata su CHILT I poiché quest’ultimo si concentra sulla promozione della salute e si rivolge a tutti gli alunni delle scuole primarie, mentre CHILT III non si applica al contesto scolastico e si rivolge ai bambini ed agli adolescenti obesi. L’intervento CHILT è stato ideato grazie ad una ricerca su internet e della letteratura. Sulla base dei libri e degli articoli che erano accessibili attraverso internet e diversi databases di letteratura, è stato valutato l’intervento CHILT I. Dopo che è stata effettuata una prima valutazione, l’intervento CHILT I è stato descritto utilizzando il formato HEPS standardizzato (vedi 2.1.4). L’erogatore dell’intervento CHILT è stato informato e gli è stato chiesto materiale aggiuntivo che potrebbe diventare utile per la valutazione della qualità ^{a)} Sulla base delle loro risposte è stata effettuata una rivalutazione così come un adattamento della descrizione dell’intervento. Poi, alla fine del processo, è stato nuovamente chiesto all’erogatore di controllare la descrizione dell’intervento. Il risultato e la descrizione di questa valutazione sono presentati nella Tabella 4.

Tabella 4: Descrizione del “Trial di intervento sulla salute dei bambini” (CHILT-I)

Titolo	Programma CHILT – Trial di intervento sulla salute dei bambini
Erogatore	German Sport University Cologne Istituto di Kinesiologia e Neuroscienze Divisione III - Promozione dell’Attività fisica e della Salute Am Sport Park Muengersdorf 6 50933 Colonia Mail: chilt@dshs-koeln.de Web: http://www.chilt.de
Gruppo target	In generale il CHILT-I si rivolge ai bambini delle scuole primarie (I-V elementare). A seconda del livello di intervento CHILT, possono essere distinti tre diversi gruppi target. ^{b)} CHILT-I si focalizza sulla prevenzione universale e perciò si rivolge a tutti i bambini della scuola primaria inclusi coloro che non sono a rischio di sovrappeso. CHILT-II si rivolge ai bambini che sono a rischio di sovrappeso e hanno un indice di massa corporea (BMI) maggiore del 90° percentile. CHILT-III costituisce un approccio di prevenzione target per bambini e adolescenti che sono obesi (BMI > 97°percentile). CHILT III non si applica al contesto scolastico.

a) Vorremmo ringraziare la Dr. ssa Christine Graf (German Sport University Cologne) per il suo valido sostegno.

b) La descrizione di questo intervento si focalizza su CHILT-I

<p>Obiettivi</p>	<p>Lo scopo generale del progetto CHILT-I è quello di promuovere l'aspetto divertente della salute e dell'attività fisica tra i bambini nelle scuole primarie. In particolare CHILT-I vuole incrementare la spesa energetica totale derivante dall'attività fisica durante le lezioni e gli intervalli scolastici, per ottimizzare le lezioni di educazione fisica e potenziare la conoscenza della salute da parte degli alunni. Il progetto ha anche lo scopo preciso di ridurre il numero dei bambini che continuano ad essere in sovrappeso.</p>
<p>Scopo</p>	<p>Il progetto opera sulla base di una classe ed in un contesto scolastico. Il livello operativo primario del progetto CHILT-I project è la classe, attraverso lezioni di educazione alla salute impartite dagli insegnanti. Inoltre i bambini venivano incoraggiati ad aumentare la loro attività fisica durante il loro tempo libero e gli intervalli scolastici utilizzando le attrezzature del cortile come corde, palle, percorsi guidati etc.</p>
<p>Contenuto</p>	<p><u>Contenuto focalizzato sulla classe:</u> lezioni di educazione alla salute sul mangiar sano e sull'attività fisica così come intervalli di attività</p> <p><u>Contenuto focalizzato sul contesto scolastico:</u> promozione dell'attività fisica durante il tempo libero e gli intervalli scolastici</p> <p>Ai docenti è stato richiesto di impartire lezioni di educazione alla salute una volta a settimana (circa 30 min) così come almeno un intervallo di attività fisica (5 min) durante le lezioni ogni mattina. Inoltre agli insegnanti è stato chiesto di organizzare degli intervalli divertenti con attività fisica. Dopo un training iniziale gli insegnanti hanno ricevuto materiali istruttivi per le lezioni di educazione alla salute e per la promozione dell'attività fisica durante la giornata scolastica. Il materiale di educazione alla salute tocca diversi temi differenti come il background fisiologico (31 lezioni), nutrizione (13 lezioni), aspetti psicosociali (16 lezioni), igiene (9 lezioni), ricette di cucina(6 lezioni) e altre. Il suddetto materiale comprende in totale 106 lezioni.</p> <p>Per dare agli alunni l'opportunità di accrescere il livello di attività fisica durante le lezioni, il tempo libero e le lezioni di educazione fisica, è stato fornito materiale didattico addizionale per i docenti. Esso contiene raccomandazioni per l'allenamento della schiena (12 esercizi), per le lezioni di educazione fisica (6 esercizi sulla coordinazione ; 6 sulle forze del corpo; 7 sulla resistenza; 2 sul corpo libero; 3 sul ritmo e sulla danza; 3 sul nuoto; 4 sulla cooperazione e sulla competizione e 20 giochi di corsa), per gli intervalli di attività (32 esercizi sul rilassamento e 26 sull'attività, ognuno diviso per diverse richieste di spazio) e per la creazione di un cortile per divertenti attività scolastiche così come di un manuale per test di abilità motorie. Per la creazione di cortili per attività scolastiche divertenti è descritta la procedura passo dopo passo. Sono tenuti in considerazione ulteriori partner e sponsor esterni potenziali e sono stati sviluppati 13 giochi che potrebbero venire adattati alle strutture scolastiche disponibili. Tutti i materiali sono appropriati per un uso interdisciplinare.</p>
<p>Metodi e Didattiche</p>	<p>Metodi e Didattiche</p> <p>Tutti i metodi e le didattiche applicati sono dinamici e vanno da tavole rotonde di</p>

	<p>discussione, giochi, ricette, esercizi di gruppo etc. Per ogni lezione di educazione alla salute è disponibile un foglio di lavoro come modello di riferimento. Tutti i fogli di lavoro hanno una struttura comune ed includono informazioni circa gli obiettivi, richieste/preparazione di materiali, forme sociali (es. cerchio di sedie), realizzazione/progresso, tempo richiesto, gruppo target, suggerimenti metodologici e spunti didattici e riferimenti crociati ad altri esercizi e fogli di lavoro. Tutti i materiali per il progetto CHILT-I sono pubblicati in due volumi che includono anche tutti i modelli di riferimento richieste su un CD. A seconda delle esigenze degli alunni e della scuola, gli insegnanti possono utilizzare il materiale in maniera flessibile e integrare le loro lezioni attraverso altri materiali disponibili in questo ambito. Spesso sono menzionati riferimenti a materiali già esistenti. Sono evidenziati riferimenti crociati tra entrambi i volumi, che permettono un lavoro interattivo.</p>
Durata	<p>Tutti i materiali erano destinati ad essere applicati il più a lungo possibile per molti anni. Nella prova di intervento quest'ultimo è durato quasi 4 anni. Le lezioni di educazione alla salute sono state condotte una volta alla settimana, ognuna per 20-30 minuti. Gli intervalli di attività fisica di 5 minuti dovrebbero essere condotti come parte di questo programma una volta ogni mattina durante le lezioni.</p>
Implementazione del programma	<p>I docenti delle scuole primarie sono i principali responsabili dell'intervento CHILT-I. Per portare a termine l'intervento è necessario un training di base. Non esistono informazioni disponibili su quale tipo di qualifica sia necessario per la realizzazione del programma.</p>
Training/manuale	<p>Prima dell'implementazione è offerto un training di base per gli insegnanti da parte del erogatore dell'intervento CHILT-I. Ha tre obiettivi principali: 1) rafforzare la consapevolezza dei docenti sul bisogno di uno stile di vita sano; 2) assistere gli insegnanti nel progettare ed implementare l'educazione alla salute e l'attività fisica durante la giornata scolastica; e 3) sviluppare le abilità didattiche dei docenti per rafforzare l'attività fisica in modo da porre l'attenzione sull'attività in generale e l'acquisizione delle abilità. Oltre al training di base sono organizzati ulteriori workshops su specifici temi su base volontaria. Tutti i materiali richiesti per realizzare l'intervento sono forniti dall'insegnante.</p>
Costi dell'intervento	<p>Questi costi sono soprattutto per il training del docente e per i materiali che sono necessari. I costi per il training di base ammonta a circa 200 €/docente. I due volumi che contengono tutto il materiale rilevante costano 35 € l'uno. Non è disponibile nessuna informazione aggiuntiva circa costi aggiuntivi.</p>
Valutazione	<p>La frequenza degli incontri per le lezioni di educazione variava da una volta al semestre a due volte a settimana durante un periodo di quattro anni. Anche la frequenza degli intervalli di attività fisica durante le lezioni oscillava da due volte a settimana a tre volte a mattina. Gli effetti del CHILT-I sull'obesità e sulla performance fisica sono stati studiati dopo quattro anni in 12 scuole primarie confrontate con cinque scuole controllo.</p> <p>I risultati non mostrano alcun effetto sull'incidenza dei bambini che acquistano sovrappeso o che diventano obesi nel gruppo di intervento. Tuttavia l'incremento del BMI è stato ridotto nelle scuole sottoposte all'intervento, nelle quali è</p>

	<p>emerso un elevato impegno nella realizzazione del programma. Riguardo alla performance di resistenza i bambini del gruppo di intervento mostrano un aumento leggermente più elevato ma non significativo. Anche per l'abilità di coordinazione è stato osservato un aumento non significativo per i bambini del gruppo di intervento. Un miglioramento significativo è stato realizzato nel gruppo di intervento per abilità motorie quali salto laterale e equilibrio all'indietro. Non c'è stato nessun controllo sulla acquisizione di conoscenze o sui comportamenti che promuovono la salute, sul mangiar sano, sull'attività fisica o sugli outcomes educativi.</p>
<p>Punteggio di qualità ^{c)}</p>	<p>L'utilizzo della lista di controllo di qualità HEPS per la valutazione di qualità dell'intervento CHILT-I ha soddisfatto 50 dei 74 punti in totale. Su una scala di qualità a 3 punti (qualità elevata, media, bassa) questo risultato riflette un'elevata qualità. Tradotto nelle quattro dimensioni della qualità HEPS, secondo la lista di controllo di qualità, si può delineare il seguente quadro: Qualità del concetto: 28/34 punti (qualità elevata) Qualità della struttura: 10/14 punti (qualità elevata) Qualità del processo: 6/12 punti (qualità media) Qualità dei risultati: 6/14 punti (qualità media)</p> <p>Sulla base dei risultati di ognuna delle dimensioni della qualità, CHILT-I ha punti di forza notevoli nell'area della qualità del concetto e della struttura e alcuni punti di debolezza nelle aree della qualità del processo e dei risultati. Per quanto concerne la qualità del concetto, CHILT-I si basa su una valutazione dei bisogni e si basa sulla teoria scientifica. Il suo gruppo target e i suoi obiettivi sono definiti in modo chiaro. Esso opera su diversi livelli scolastici (classe, ambiente scolastico) e si basa su un concetto di salute globale. Il grado del coinvolgimento familiare è molto limitato nel CHILT-I. Inoltre, l'intervento si pone meno obiettivi educativi. Nell'area della qualità della struttura è disponibile un manuale generale molto valido che fornisce ai suoi utenti una varietà incredibile di esercizi. In aggiunta a ciò, è disponibile un programma di training. Tuttavia, le componenti che devono essere realizzate come pianificate non sono state definite. Non sono intese/descritte neppure le strategie per il coinvolgimento sostenibile dei partners esterni. Non c'è nessuna informazione disponibile su come il realizzatore dell'intervento possa monitorare la fase di implementazione. Rispetto ai metodi di valutazione della qualità dei risultati, essi sono basati su standard concordati. Le informazioni circa gli effetti sugli outcomes educazionali e sull'efficienza dell'intervento sono scarse.</p>
<p>Miscellanea</p>	<p><u>Materiale pubblicato per il CHILT I:</u> Graf, C., Koch, B. & Dordel, S. (2008). <i>CHILT-G. Gesundheitsförderung</i> [CHILT-G. Health Promotion]. Dortmund: Verlag modernes Lernen.</p> <p>Dordel, S., Koch, B. & Graf, C. (2008). <i>CHILT-B. Bewegungsförderung</i> [CHILT-B. Activity Promotion]. Dortmund: Verlag modernes Lernen.</p> <p><u>Pubblicazioni scientifiche (selezione):</u> Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Tokarski, W., Gerber, A., Predel, H.-G. & Dordel, S. (2008). <i>School-based pre-</i></p>

^{c)} Il punteggio di qualità si basa su una valutazione rigorosa dell'intervento. Se non sono disponibili le informazioni per valutare un dato indicatore, si interpreta ciò come una carenza di qualità

vention: Effects on obesity and physical performance after 4 years. Journal of Sports Sciences, 10, 987-994.

Graf, C., Tokarski, W., Predel, H.-G., Koch, B. & Dordel, S. (2006). *Overweight and obesity in childhood – how can physical activity help?* Physical Education and Sport, 50, 54-59.

Graf, C., Koch, B., Falkowski, G., Jouck, S., Christ, H., Stauenmaier, S., Bjarnason-Wehrens, B., Tokarski, W., Dordel, S. & Predel, H.-G. (2005). *Effect of a school-based intervention on BMI and motor abilities in childhood (mid point data of the CHILT-Project).* Journal of Sport Science and Medicine, 4, 291-299.

3.2 “CRESCERE DURANTE L’ADOLESCENZA”, SCOZIA

Tabella 5: Descrizione di “Crescere durante l’adolescenza”

Titolo	Crescere durante l’adolescenza
Erogatore	NHS Health Elphinstone House Glasgow G2 2AF
Gruppo target	E’ stato prodotto per i formatori per essere utilizzato nelle sessioni di training con i docenti di alunni di scuole elementari e medie. Il gruppo target può venire definito in due modi. E’ una risorsa che supporta lo sviluppo professionale continuo dei docenti. I beneficiari ultimi sono i bambini e i ragazzi. L’esperienza ha mostrato che, attraverso la valutazione, questo training è valorizzato da un più ampio staff scolastico e da enti partner – es. specialisti in scienze motorie e staff addetto alla mensa.
Obiettivi	“Crescere durante l’adolescenza” è stato modellato sul bisogno di una risorsa onnicomprensiva che supportasse lo sviluppo professionale continuo dei docenti e di altri professionisti nel settore del mangiar sano e dell’attività fisica. L’obiettivo è “abilitare i formatori a migliorare le abilità e l’esperienza degli insegnanti e di conseguenza accrescere la loro fiducia nell’esplorazione di un’ampia gamma di problemi che interessano i giovani e le loro scelte alimentari, nell’ottica di un approccio della scuola che promuove la salute”. Ogni sessione o attività di training ha degli obiettivi chiaramente definiti. Questi sono raggiungibili e realistici quando vengono trasmessi da formatori esperti nel campo.
Scopo	La risorsa adotta un modello psico-sociale di salute e adotta un approccio scolastico globale nei confronti del mangiar sano. Come tale, esso fornisce una visione globale e basta sull’evidenza di un’alimentazione sana per quanto riguarda i giovani, e affronta molti dei vari aspetti fisici, sociali, mentali ed emotivi di questa complessa area. Essa può venire utilizzata a livello di una singola scuola o ugualmente ad un livello regionale. Non è intesa per venire adottata in una sola classe.
Contenuto	Volume 1, fornisce Evidenza e Quadro generale Volume 2 fornisce Materiali o Attività per il Training. Fogli informativi E’ importante notare che nella versione europea i due volumi del progetto “Crescere durante l’adolescenza” sono stati combinati in uno solo.
Metodi e Didattiche	Il Volume 1 fornisce informazioni attuali relative all’alimentazione e al bilancio energetico come da linee guida nel Regno Unito. Il Volume 2 possiede un range di attività interattive e stimolanti per assicurare un apprendimento attivo. I fogli informativi hanno una struttura comune e risultano utili durante il training. E’ posta una particolare attenzione all’importanza della pianificazione e

	<p>della preparazione per il training in una sezione dedicata all'interno della risorsa. Due volumi distinti non escludono ripetizioni di voci bibliografiche durante la preparazione e lo svolgimento del training. Metodi per rendere più efficace la risorsa sono ulteriormente illustrati nella sezione designata per la pianificazione e l'implementazione del Training.</p>
Durata	<p>La risorsa è intesa per il training o per lo sviluppo professionale continuo e dovrebbe essere usata da formatori che lavorano nel settore della salute o dell'educazione. Un componente all'interno della risorsa si focalizza sulla pianificazione e sull'organizzazione del training.</p>
Realizzazione del programma	<p>La risorsa è intesa per il training o per lo sviluppo professionale continuo e dovrebbe essere usata da formatori che lavorano nel settore della salute o dell'educazione. Un componente all'interno della risorsa si focalizza sulla pianificazione e sull'organizzazione del training.</p>
Training/ Manuale	<p>Prima che il progetto venisse realizzato, sono state offerte giornate di training per i formatori a livello nazionale. Queste hanno avuto successo e sono state replicate a livello regionale, coinvolgendo organizzazioni partner a cavallo tra l'educazione e la salute, e che si focalizzavano sulle risorse locali che sosterranno l'implementazione.</p>
Costi dell'intervento	<p>Non è prevista nessuna spesa per coloro che hanno seguito il training previsto. Si applica un costo di circa 60 euro se la risorsa viene richiesta fuori dalla Scozia.</p> <p>Il training è stato garantito gratuitamente dal sistema sanitario nazionale scozzese (NHS).</p>
Valutazione	<p>E' stata condotta una valutazione di cui sotto sono forniti maggiori dettagli. Si è focalizzata sull'implementazione del training, sulle risorse e sulle lezioni per il futuro.</p> <p>Un processo di valutazione del programma GTA è stato condotto da settembre a dicembre 2007. La metodologia constava di interviste con gli enti territoriali; interviste con training per gli organizzatori/facilitatori degli eventi di training; osservazione/partecipazione e consultazione per il l'evento di training; questionari sul training per i partecipanti; indagini sui partecipanti locali; casi studio e interviste a partner strategici nazionali.</p> <p>I temi chiave che sono emersi dai risultati sono che la GTA è un programma ed una risorsa importante ed innovativa; che sono stati riscontrati bassi livelli di preparazione dei formatori locali; che si è creata confusione circa i ruoli dei formatori e lo scopo della risorsa GTA; che le partnership/reti locali sono cruciali per il successo dell'iniziativa del training GTA; e che c'è bisogno di attingere a strumenti di insegnamento scolastici.</p> <p>Punti chiave della valutazione saranno utilizzati per informare di futuri lavori con GTA.</p> <p>http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p>

<p>Punteggio di qualità</p>	<p>Secondo l'utilizzo della lista di controllo di qualità HEPS, la valutazione di qualità dell'intervento GTA ha soddisfatto 51 dei 74 punti totali. Su una scala di qualità a 3 punti (elevata, media, scarsa) questo risultato riflette un'alta qualità. Tradotto nelle quattro dimensioni della lista di controllo HEPS, si può delineare il seguente quadro:</p> <table border="1" data-bbox="391 593 933 750"> <tr> <td>Qualità del concetto</td> <td>31/34</td> <td>alta qualità</td> </tr> <tr> <td>Qualità della struttura</td> <td>10/14</td> <td>alta qualità</td> </tr> <tr> <td>Qualità del processo</td> <td>4/12</td> <td>bassa qualità</td> </tr> <tr> <td>Qualità degli outcome</td> <td>6/14</td> <td>media qualità</td> </tr> </table> <p>Commenti Sulla lista di controllo di qualità HEPS "Crescere durante l'adolescenza" ha totalizzato 51 punti su 74, questo riflette alta qualità. GTA non è un intervento o un programma incentrato sull'implementazione a livello di una scuola o un alunno, ma costituisce una risorsa/strumento di sviluppo professionale continuo. Poiché le domande sotto la voce "qualità del processo e dei risultati" non sono pertinenti, esse hanno ottenuto un punteggio basso/medio nella valutazione. Tuttavia, come risorsa di sviluppo professionale continuo, e sotto la voce di qualità del concetto e della struttura, lo si considera un modello di buone pratiche.</p>	Qualità del concetto	31/34	alta qualità	Qualità della struttura	10/14	alta qualità	Qualità del processo	4/12	bassa qualità	Qualità degli outcome	6/14	media qualità
Qualità del concetto	31/34	alta qualità											
Qualità della struttura	10/14	alta qualità											
Qualità del processo	4/12	bassa qualità											
Qualità degli outcome	6/14	media qualità											
<p>Miscellanea</p>	<p>La risorsa è stata creata sulle basi di una grande scommessa, come progetto pilota e sperimentazione. Così come la versione scozzese, esiste anche una versione europea.</p> <p>http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx</p> <p>NHS Health Scotland (2005). <i>Growing through Adolescence</i>. NHS Health Scotland, Edinburgh; www.euro.who.int/document/e87579.pdf</p> <p>NHS Health Scotland (2007) <i>Evaluation of Growing Through Adolescence Resource and Associated Training for Trainers Course</i>. NHS Health Scotland, Edinburgh; http://www.healthscotland.com/documents/2409.aspx www.healthscotland.com</p>												

■ APPENDICE 1

LISTA DI CONTROLLO DI QUALITA' HEPS

La checklist per stabilire la qualità degli interventi nelle scuole relativamente a una dieta sana e all'attività fisica

Prima di stabilire un intervento scolastico basato su una dieta sana e sull'attività fisica, per favore leggi attentamente le istruzioni per l'utente (vedi capitolo 2.2). Per ulteriore assistenza, consulta la descrizione dell'indicatore e il glossario che si trovano nell'Appendice 2.

Titolo dell'intervento:

Evaluateur

Nome:

Organizzazione:

E-mail:

Data della valutazione:

Dimensione della qualità 1: Qualità del concetto (sì = 2 punti, parzialmente = 1 punto, no = 0 punti)

1.	Valutazione e analisi	Pagina	Punteggio
1.1	L'intervento è basato su reali bisogni (e.g. outcome epidemiologici e di apprendimento)?	36	
1.2	L'intervento è basato sulla valutazione del contesto scolastico in cui l'intervento sarà implementato?	36	
2.	Gruppo target e obiettivi		
2.1	Il gruppo target è specificato e definito chiaramente?	36	
2.2	Gli obiettivi sono chiari e descritti specificatamente?	36	
3.	Principi e approccio della scuola che promuove la salute		
3.1	L'intervento è basato su un concetto di salute positivo e completo, focalizzato sulla promozione delle risorse e delle abilità, al fine di implementare una dieta sana e l'attività fisica?	37	
3.2	L'intervento include una partecipazione attiva da parte di tutti gli studenti della scuola?	37	
3.3	L'intervento è focalizzato sul comportamento del gruppo e/o del singolo nonchè su quelle condizioni scolastiche che hanno un impatto sulla dieta sana e sull'attività fisica?	37	
3.4	L'intervento prende in considerazione l'intera scuola (classi, scuola e comunità circostante alla scuola) per promuovere dieta sana e attività fisica?	37	
4.	Pianificazione dell'intervento		
4.1	L'intervento è basato su evidenze scientifiche?	38	
4.2	L'intervento coinvolge i genitori e le famiglie?	38	
4.3	L'intervento è caratterizzato da un approccio multidisciplinare? (per esempio, contiene, una combinazione di componenti basati sia sulla dieta che sull'attività fisica?)	38	
4.4	L'intervento racchiude aspetti relativi alla salute mentale (per esempio, immagine corporea, autostima, capacità di risolvere i problemi) in relazione alla promozione di dieta sana e attività fisica?	38	
4.5	L'intervento si correla agli obiettivi educazionali della scuola?	38	

4.6	Gli insegnanti o altre figure educazionali sono stati coinvolti nello sviluppo dell'intervento?	39	
4.7	La durata e la frequenza dell'intervento sono basate su evidenza ed esperienza scientifiche?	39	
4.8	I metodi di intervento sono confacenti con l'approccio della scuola nei confronti della promozione della salute?	39	
4.9	I metodi di intervento ed i contenuti sono confacenti con le esigenze (età, sesso, livello culturale) del gruppo target?	39	

Punteggio totale		
Punteggio	Valutazione	Punteggio finale
34 - 24	Alta qualità	2
23 - 12	Qualità intermedia	1
11 - 0	Bassa qualità	0

Per favore cerchia il punteggio finale che coincide con i risultati ottenuti nella colonna di sinistra

Dimensione della qualità 2: Qualità della struttura (sì = 2 punti, parzialmente = 1 punto, no = 0 punti)

5. Risorse e qualifiche		Pagina	Punteggio
5.1	I costi complessivi dell'intervento per la scuola sono descritti chiaramente?	40	
5.2	Le finanze e le altre risorse sono ragionevoli circa gli obiettivi dell'intervento?	40	
5.3	Le competenze (per esempio, titoli, abilità) finalizzate alla realizzazione dell'intervento sono descritte chiaramente?	40	
5.4	Un programma di training per affinare le abilità è disponibile?	40	
5.5	Esiste un manuale per l'attuazione dell'intervento?	40	
6. Networking e cooperazione			
6.1	Vengono descritte le strategie su come coinvolgere importanti partner fuori dal contesto scolastico?	41	
6.2	L'intervento stimola una cooperazione sostenibile con organizzazioni, gruppi o singoli individui al di fuori del contesto scolastico?	41	

Punteggio totale		
Punteggio	Valutazione	Punteggio finale
14 - 10	Alta qualità	2
9 - 5	Qualità intermedia	1
4 - 0	Bassa qualità	0

Per favore cerchi il punteggio finale che coincide con i risultati ottenuti nella colonna di sinistra

Dimensione della qualità 2: Qualità della struttura (sì = 2 punti, parzialmente = 1 punto, no = 0 punti)

7. Implementazione e realizzazione		Pagina	Punteggio
7.1	Gli insegnanti e gli alunni sono coinvolti nella messa in atto dell'intervento?	41	
7.2	L'implementazione dell'intervento è confacente con la routine quotidiana e le condizioni generali della scuola?	41	
7.3	Vengono descritti i componenti dell'intervento essenziali per la sua implementazione?	41	
7.4	Il supporto presente (per esempio counselling/supervisione) è fornito a coloro che mettono in atto il progetto (es. gli insegnanti)?	42	
8. Monitoraggio e controllo			
8.1	Vengono descritti i metodi utilizzati per la valutazione del progetto come la soddisfazione e l'accettazione?	42	
8.2	Le strategie messe in atto per migliorare l'intervento sono basate sulla valutazione del progetto? Vengono descritte?	42	

Punteggio totale		
Punteggio	Valutazione	Punteggio finale
12 - 9	Alta qualità del processo	2
8 - 4	Media qualità del processo	1
3 - 0	Bassa qualità del processo	0

Cerchiare per favore il punteggio finale nella colonna di destra corrispondente al punteggio realizzato nella colonna sinistra

Dimensione della qualità 4: Qualità dei risultati (sì = 2 punti, parzialmente = 1 punto, no = 0 punti)

9. Efficacia		Pagina	Punteggio
9.1	L'intervento ha raggiunto gli obiettivi formulati nella pianificazione dell'intervento?	42	
9.2	I risultati dell'intervento mostrano un impatto positivo sulla salute in termini di dieta sana e attività fisica?	43	
9.3	C'è evidenza che l'impatto positivo sugli outcome correlati alla salute sia mantenuto per un periodo di almeno 6 mesi?	43	
9.4	I metodi di valutazione e le procedure sono basati su evidenze scientifiche?	43	
9.5	L'intervento dimostra un impatto positivo sugli outcome educazionali come apprendimento, risultati scolastici, clima all'interno dell'aula e assenteismo?	43	
10. Efficienza			
10.1	Lo sforzo complessivo in termini di costi e tempo è bilanciato con l'efficacia del progetto?	43	
10.2	I costi sostenuti dalla scuola nel tempo impiegato e nella preparazione del personale sono bilanciati dai vantaggi derivanti dall'intervento?	44	

Punteggio totale		
Punteggio	Valutazione	Punteggio Finale
14 - 10	Alta qualità dell'outcome	2
9 - 5	Media qualità dell'outcome	1
4 - 0	Bassa qualità dell'outcome	0

Cerchiare per favore il punteggio finale nella colonna di destra corrispondente al punteggio realizzato nella colonna sinistra

Riassunto

Nella tabella sottostante è possibile riassumere i punteggi relativi all'intervento. Per favore compila i risultati ottenuti di ogni categoria nella colonna centrale ed il rating finale nella colonna di destra, che indica un assessment complessivo di ogni dimensione. Dopo aver riassunto i punteggi finali sarà possibile confrontare i risultati con la tabella della valutazione complessiva.

Dimensione della qualità	Punteggio raggiunto	Punteggio finale
Qualità del Concetto	_____ /34	
Qualità della Struttura	_____ /14	
Qualità del Processo	_____ /12	
Qualità degli Outcome	_____ /14	
Totale		

Punteggio totale	Qualità complessiva dell'intervento
8-6	Intervento di alta qualità
5-4	Intervento di media qualità
0-3	Intervento di bassa qualità

Descrizione degli indicatori

Di seguito è possibile leggere una breve descrizione di ciascun indicatore. Ciò sarà di aiuto nell'utilizzo della checklist di qualità HEPS. Leggi per favore queste pagine attentamente prima di dare un punteggio a ciascun indicatore. I termini specifici in corsivo vengono descritti nel glossario in maggior dettaglio.

1. Qualità del concetto

1.1 L'intervento è basato su bisogni reali? Ad esempio dati epidemiologici o relativi ad outcome di apprendimento?

Il punto di partenza di ciascun intervento è un'analisi sistematica e comprensiva di un problema di salute, le sue implicazioni e le sue conseguenze [9, 18, 19, 21, 39]. Ciò include, per esempio, la raccolta di dati epidemiologici circa la prevalenza e/o l'incidenza del sovrappeso, dell'inattività fisica e dei problemi correlati alla salute nell'infanzia e nell'adolescenza. Dovrebbero essere disponibili anche i dati relativi alla distribuzione del problema, relativamente a sesso, età e background socio-economico. La letteratura esistente dovrebbe fare chiarezza circa le conseguenze a livello individuale (la malattia) e le conseguenze sociali (costi) causati dal problema.

1.2 L'intervento è basato sulla valutazione del contesto scolastico in cui l'intervento sarà implementato?

Basandosi sui bisogni reali, (1.1) un'analisi della scuola in cui l'intervento sarà implementato dovrebbe essere messa in atto [19]. Questa analisi potrebbe includere informazioni circa il tipo di scuola e il grado per cui l'intervento è pensato così come guardare a specifici punti di accesso, per esempio presidi o dirigenti scolastici, barriere (insegnanti non interessati) e fattori favorevoli (motivazione tra i dirigenti scolastici, placet dei genitori) in grado di influenzare la riuscita del progetto. Può inoltre essere d'aiuto avere informazioni circa i bisogni soggettivi, la recettività e le aspettative degli alunni e degli insegnanti. Ciò può essere messo in atto tramite interviste personali, questionari o review della letteratura esistente.

2.1 Il gruppo target è chiaramente e specificatamente definito?

Deve essere chiaro per quale gruppo target l'intervento sia stato sviluppato [10, 18, 19, 20, 21] che deve essere specificato nel miglior modo possibile. Ciò renderà poi possibile valutare se il gruppo target sia stato raggiunto con successo. I criteri di inclusione specificanti il gruppo target dovrebbero essere prestabiliti, come età, sesso, tipo di scuola, livello scolastico così come il BMI (per esempio, nel caso di bambini e bambine della scuola elementare, particolare attenzione per i ragazzi dai 10 ai 12 anni). Se più gruppi sono selezionati per l'intervento, ciascuno deve essere specificato. I criteri di esclusione, come il BMI o il tipo di scuola devono essere ben definiti. Gli interventi indirizzati a giovani ragazzi obesi o affetti da altri disordini secondari o malattie, non sono soggetti della checklist di qualità HEPS se l'intervento è focalizzato sul trattamento. La checklist di qualità HEPS è orientata sulla promozione della salute nella scuola.

2.2 Gli obiettivi sono descritti chiaramente e specificatamente?

È importante essere chiari circa cosa si spera l'intervento raggiunga [10, 18, 19, 20, 21]. La chiave del successo dell'intervento è rappresentata da obiettivi chiari e specifici. Un obiettivo dovrebbe essere definito chiaramente e specificatamente con un minimo margine di interpretazione. "Specifico" significa che l'obiettivo deve essere definibile dalle variabili misurabili che l'intervento si prefigge di cambiare. Per esempio: aumentare le ore settimanali spese nel fare attività fisica all'aperto per ragazzi tra gli 8 e i 10 anni.

Essere in possesso di obiettivi specifici e misurabili è un prerequisito per essere in grado di stabilire il raggiungimento dell'obiettivo. Obiettivi non chiari e non specificati non consentono una valutazione significativa e aumentano la possibilità che un qualsivoglia cambiamento possa venir considerato un successo dell'intervento. Gli obiettivi devono essere realistici e sensibili. Per esempio, anche se potrebbe essere desiderabile ridurre il numero dei giovani sovrappeso del 100%, ciò non è realistico e potrebbe dipendere da un gran numero di fattori che non possono essere cambiati totalmente dall'intervento scolastico.

3.1 L'intervento è basato su un concetto di salute positivo focalizzato sulla promozione delle risorse e delle abilità per implementare una dieta sana e l'attività fisica?

Un concetto positivo di salute si basa sulle risorse e sulle abilità delle persone e deve tenere in conto delle difficoltà con i bisogni di ogni giorno per mettere in atto decisioni in linea con la salute [19, 21, 40]. Interventi basati su questo concetto positivo di promozione della salute migliorano la salute stessa rafforzando le abilità e le capacità degli individui per renderli capaci di assumersi responsabilità e aumentare il controllo sulla loro vita e sulla loro salute, per esempio in tema di alimentazione sana e attività fisica. Interventi focalizzati esclusivamente sul trattamento dei rischi e che vedano l'individuo come un paziente non sono basati su un concetto positivo di salute.

3.2 L'intervento include la partecipazione di studenti della scuola?

E' importante che gli studenti, che sono il target principale degli interventi scolastici, si sentano come veri partecipanti, che non siano semplicemente passivi, ma piuttosto una parte attiva dell'intero intervento [41, 42]. Attivo significa che la partecipazione non sia un mero slogan, ma sia messa in atto realmente e che i fruitori siano presenti nel momento in cui si prendono le decisioni e ricevano poi informazioni sui risultati. Gli interventi basati sulla partecipazione attiva danno ai ragazzi il potere di influenzare le decisioni finali degli adulti. Il grado di partecipazione attiva non sarà il medesimo in differenti gruppi di età. Gli adolescenti avranno bisogno di partecipare maggiormente.

Esempi: Le decisioni sono prese senza consultare gli studenti (nessuna partecipazione); gli studenti possono prendere parte nel processo decisionale senza il potere di decidere (partecipazione parziale); gli studenti hanno il potere di mettere in atto decisioni o di influenzarle (partecipazione attiva).

3.3 L'intervento è focalizzato su aspetti individuali/di gruppo come condizioni della scuola che hanno un impatto su una dieta sana e attività fisica?

Gli interventi sono più facilmente efficaci se si focalizzano su fattori influenzanti i comportamenti individuali, così come sull'ambiente scolastico.

Per usare questo approccio bisogna tenere in conto dei comportamenti legati alla salute, come dieta e attività fisica e le loro modificazioni così come i problemi correlati alla salute, stress, autostima e capacità di agire. Ciò si realizza direttamente a livello individuale.

'Condizioni scolastiche' si riferisce maggiormente all'ambiente fisico economico e sociale all'interno degli ambienti scolastici, e ha un impatto positivo sulla salute individuale a livello di salute e attività fisica. Ciò include misure come la creazione di campi da gioco, giardini, luoghi di svago e la riduzione dei distributori automatici nella scuola.

3.4 L'intervento considera l'intera scuola (per esempio classi, scuola e comunità circostante) per promuovere dieta sana e attività fisica?

Ciò si riferisce all'intero approccio alla salute all'interno della scuola e alla necessità che gli interventi considerino diversi livelli, all'esterno e all'interno della scuola [43, 44]. La classe è ovviamente un livello operativo ma il termine "scuola" si riferisce in modo più ampio all'edificio e ciò include non solo le classi ma anche altre strutture come la mensa, i corridoi e le sale di ricreazione. L'ambiente scolastico si correla poi alle strutture circostanti la scuola come campetti da gioco, giardini ecc. Inoltre, a livello più ampio, è necessario concentrarsi sulla comunità circostante e coinvolgere organizzazioni esterne come la comunità circostante, club sportivi, servizi di salute e consultori.

L'intervento non si focalizza necessariamente su tutti i differenti livelli, ma deve assicurare che più di un livello sia incluso.

4.1 L'intervento è basato sull'evidenza scientifica?

Ogni intervento dovrebbe essere basato sulla teoria scientifica e sulla ricerca [10, 32]. Una base teorica permette di capire i determinanti di salute correlati ai problemi e descrive come i diversi fattori siano correlati. Ciò fornisce anche informazioni basate sull'evidenza su come i diversi fattori siano connessi e possano essere influenzati attraverso l'attività organizzata e professionale. Ogni intervento dovrebbe fornire informazioni dettagliate sulle basi teoriche sottostanti e sottolineare specificatamente il contenuto e l'approccio metodologico. L'evidenza scientifica derivata dalla ricerca empirica che sottolinei questa base teorica dovrebbe essere fornita.

4.2 L'intervento coinvolge i genitori/la famiglia?

Dieta e attività fisica sono problemi influenzati non solo dalla scuola ma anche dalla famiglia e dal background sociale [25, 29, 28, 38]. Attraverso il coinvolgimento dei genitori e di altri membri della famiglia ci si dovrebbe assicurare di un cambiamento nelle abitudini e nei comportamenti, promossi e mantenuti nel contesto familiare. Il coinvolgimento della famiglia potrebbe aumentare la cooperazione e la sensibilità al problema. Il grado di coinvolgimento della famiglia dipende dall'età dei ragazzi [20]. Specialmente per quanto riguarda i bambini più piccoli, le buone pratiche sono influenzate da ciò che accade a casa e il grado di coinvolgimento dei genitori dovrebbe essere alto. Ciò dovrebbe essere messo in atto tramite training destinati ai genitori e incontri con i docenti; inoltre, da attività comuni all'interno della scuola. Con l'innalzamento dell'età del gruppo-target, specialmente negli adolescenti, il grado di coinvolgimento può diminuire ma dovrebbe comunque rimanere a un livello minimo, quantomeno con un contatto genitori-docenti e un foglio informativo all'inizio dell'intervento.

4.3 L'intervento è caratterizzato da un approccio a più livelli? Ad esempio, contiene la combinazione di componenti relativi a dieta e attività fisica?

Pare che gli approcci combinati basati su dieta sana e attività fisica siano più efficaci [20, 29, 27, 28]. Un esempio di approccio combinato è un intervento che includa lezioni scolastiche di fitness e nutrizione, con una colazione regolare a scuola e la creazione di attività all'aperto.

4.4 L'intervento include aspetti di salute mentale come per esempio immagine corporea, autostima o strategie di risoluzione dei problemi, in relazione alla promozione della salute nell'ambito della dieta e dell'attività fisica?

Dieta sana e attività fisica sono correlate con vari aspetti della salute mentale. Bambini e adolescenti sovrappeso e obesi sono più spesso affetti da problemi e malattie psicosomatiche [45]. Inoltre, una ridotta attività fisica in infanzia e adolescenza è correlata a una ridotta autodeterminazione [46]. Aspetti correlati alla salute mentale non dovrebbero essere negati negli interventi il cui obiettivo sia la dieta sana oltre che l'attività fisica. La salute mentale dovrebbe essere riconoscibile, e ciò significa che l'intervento debba includere anche aspetti di salute mentale. Per esempio, l'intervento propone una positiva immagine corporea o migliora le strategie di risoluzione dei problemi, ciò evita comportamenti inappropriati in situazioni stressanti. Anche la promozione di autostima, autodeterminazione o altre risorse personali dovrebbe essere parte di questi interventi.

4.5 L'intervento è correlato con gli obiettivi educazionali della scuola?

Il compito principale della scuola è il raggiungimento delle responsabilità di educazione per i bambini e i giovani. Gli interventi correlati alla salute nell'ambiente scolastico sono più fattibili per l'implementazione ed efficaci se il mandato di educazione della scuola è ampiamente riconosciuto nell'intervento [47]. Molti risultati scientifici mostrano che i bambini inattivi fisicamente e sovrappeso sono legati a doppio filo ad un insoddisfatto rendimento scolastico [48]. Un migliore intervento dovrebbe considerare indicatori correlati alla salute e la loro correlazione alla salute stessa, già dal programma preliminare. Gli indicatori educazionali sono obiettivi accademici, attitudine all'apprendimento, clima all'interno della classe o assenteismo scolastico. Se l'intervento considera questi aspetti esplicitamente, l'obiettivo può considerarsi raggiunto.

4.6 Gli insegnanti o altre figure professionali del settore dell'educazione sono stati coinvolti nello sviluppo dell'intervento?

Insegnanti, direttori, o altri professionisti del campo dell'educazione come psicologi dello sviluppo o addetti alla sfera sociale sono un importante gruppo target nella pianificazione dell'intervento. Dal momento che il contesto scolastico è il loro campo di intervento primario queste figure hanno una visione generale di ciò che funziona e ciò che non funziona. Inoltre, dovrebbero essere coinvolti nella pianificazione di ogni intervento scolastico specialmente se saranno loro stessi a portare avanti l'intervento [18]. Queste figure possono contribuire con un supporto importante e un feedback sul contenuto e la metodologia, a un livello di pianificazione. Il coinvolgimento attivo a questo punto aumenta la motivazione e la consapevolezza dell'intervento. Inoltre ciò assicura che il divario tra l'implementazione pianificata e quella reale sia ridotto. Gli interventi che coinvolgono insegnanti e altre figure professionali del settore educativo in un modo sistematico e attivo nella pianificazione degli stessi incontrano la richiesta di questo indicatore.

4.7 La durata e l'intensità dell'intervento sono basate sull'evidenza scientifica e sull'esperienza?

Le review dimostrano che gli interventi che sono applicati su un lungo termine (per esempio 6 mesi) sono più efficaci degli interventi a breve termine [29]. Ciò non significa necessariamente che i lunghi interventi siano automaticamente di alta qualità e che quelli corti abbiano una qualità minore. E' necessario spiegare chiaramente perché l'intervento debba essere pianificato per una durata, per esempio la durata complessiva dell'intervento e l'intensità specifiche, per esempio tre volte a settimana. Questa spiegazione dovrebbe essere basata su un'evidenza scientifica.

4.8 I metodi dell'intervento sono confacenti con l'approccio della scuola alla promozione della salute?

L'approccio di promozione della salute nella scuola, come descritto nei paragrafi dal 3.1 al 3.4, richiede metodi e strategie basate su democrazia e partecipazione, attraverso il coinvolgimento attivo dei diversi gruppi come insegnanti, alunni, famiglie ecc. che sia basato sull'equità dell'accesso. I metodi che usano l'approccio della promozione della salute a scuola si focalizzano sul miglioramento degli alunni e li supportano ad aumentare la consapevolezza delle loro azioni [49]. Questi metodi includono gruppi di lavoro discussioni aperte, azioni condivise, giochi, simulazioni ecc. [50]. Ciò non è focalizzato sulla moralizzazione. Metodi appropriati dovrebbero includere messaggi positivi che motivino e supportino il senso di responsabilità e il comportamento nei campi della dieta sana e dell'attività fisica.

4.9 I metodi e i contenuti dell'intervento sono confacenti con la tipologia del gruppo target, come età, sesso o background culturale?

Ogni intervento deve essere in grado di mostrare che il contenuto e i metodi applicati sono sensibili per l'obiettivo selezionato, in termini di età, sesso e background socioeconomico e culturale. Riguardo l'età, i metodi dovrebbero essere appropriati per i differenti stadi dello sviluppo fisico e cognitivo. Per esempio, i bambini più piccoli hanno interessi sportivi e abilità di movimento differenti rispetto agli adolescenti. Inoltre, il coinvolgimento della famiglia è più importante nell'infanzia che nella gioventù. L'immagine corporea è un problema maggiore per le ragazze, mentre il bullismo o i videogiochi (come un comportamento sedentario) sono di maggior rilevanza tra i ragazzi. L'intervento dovrebbe prendere in considerazione anche i problemi a livello multi-culturale. Le abitudini e i comportamenti alimentari dipendono soprattutto da norme e valori culturali differenti. Interventi che considerino sistematicamente le caratteristiche del gruppo target nella pianificazione dei contenuti e dei metodi dell'intervento soddisfano i requisiti di questo indicatore.

2. Qualità della struttura

5.1 I costi dell'intero intervento scolastico sono chiaramente descritti?

Deve essere descritto chiaramente cosa esattamente l'intervento richieda in termini di risorse per la scuola [19, 21]. Le scuole possono quindi stimare lo sforzo richiesto per implementare l'intervento. L'ambiguità circa i costi per le scuole può essere causa di difficoltà e frustrazioni nell'implementazione e può minare il successo dell'intervento. Le risorse richieste alla scuola includono il tempo per la realizzazione dell'intervento così come personale, materiale e risorse finanziarie. Gli interventi che forniscono informazioni esauritive circa le risorse soddisfano questo indicatore. E' inoltre desiderabile che gli interventi diano informazioni circa la raccolta di risorse, come per esempio la ricerca di sponsor o la raccolta di fondi.

5.2 Le risorse finanziarie e altre risorse sono ragionevoli rispetto agli scopi dell'intervento?

Si deve trovare un equilibrio tra gli obiettivi dell'intervento e le risorse richieste per l'intervento nella sua totalità (non solo per i fattori legati alla scuola) [10, 18]. Specialmente, in un periodo di ristrettezze economiche, la questione è di grande rilevanza. Un giusto equilibrio si può basare sulle informazioni richieste da un lato in termini di risorse finanziarie e dall'altro circa gli scopi e gli obiettivi dell'intervento. In questo caso possono essere utili risultati relativi ad altre valutazioni esterne.

5.3 Le competenze, come le qualità e le abilità, per realizzare l'intervento sono chiaramente descritte?

E' importante sapere quali competenze e qualifiche siano necessarie per portare avanti l'intervento [10, 18, 19, 20, 21]. Mentre alcuni interventi richiedono un titolo di studio, ad esempio, in economia domestica o nutrizione, scienze motorie o salute pubblica, altri richiedono esperienza e abilità nel campo della psicologia. Sebbene nessuna competenza specifica o abilità sia necessaria per implementare l'intervento, dovrebbero essere fornite delle informazioni. Se nessuna informazione è disponibile, non è chiaro chi dovrebbe intraprendere il progetto. Se nessuno si assume la responsabilità circa l'implementazione, alla fine non sarà possibile il monitoraggio formale di quel ruolo. Ciò potrebbe essere davvero controproducente e sminuire grandemente il successo dell'intervento.

5.4 E' disponibile un programma di training per migliorare le abilità finalizzate all'implementazione?

Se vengono richieste competenze particolari al fine di implementare l'intervento, dovrebbe essere disponibile un programma di training, al fine di preparare gli insegnanti e il personale nel metterlo in atto [18, 19, 20]. Nel caso non ci sia un programma di training, sebbene vengano richieste competenze e abilità specifiche, ciò potrebbe essere additata come una mancanza di qualità strutturale in grado di comportare difficoltà nella fase dell'implementazione. Insieme alla disponibilità di un programma di training è desiderabile ai fini di un buon intervento, fornire informazioni circa la frequenza dei training, i costi e l'obbligatorietà delle presenze.

5.5 E' disponibile un manuale per l'implementazione dell'intervento?

E' richiesto un manuale dettagliato in grado di dare istruzioni e fornisca un supporto sulla realizzazione dei vari componenti dell'intervento [20]. Un manuale di questo tipo o una guida dovrebbero contenere una panoramica del processo e dei contenuti dell'intero intervento. Ciò non include semplicemente una descrizione comprensiva dell'intervento e dei suoi componenti, ma contiene idealmente una lista dettagliata di materiali e informazioni circa le possibili difficoltà e il loro superamento. Ciò dovrebbe supportare una fase di implementazione di alta qualità. Questo assicura che l'intervento sia implementato in modo tale che sia fedele alla fase di pianificazione.

6.1 Le strategie su come coinvolgere partner rilevanti al di fuori della scuola sono descritte?

Gli interventi concernenti dieta sana e attività fisica che si estendano anche alla comunità circostante sono più efficaci rispetto a quelli focalizzati meramente su un livello scolastico (classe). Partner rilevanti al di fuori della scuola sono ad esempio club sportivi locali e giovanili, autorità locali concernenti la salute (asl), assicurazioni sanitarie, consultori ma anche ristoranti, genitori, la famiglia ecc. Informazioni o raccomandazioni dovrebbero includere una lista di partner a livello locale e organizzazioni attive nel campo del mangiare sano e dell'attività fisica. E' inoltre utile sviluppare una strategia che potrebbe essere adottata da partner esterni su come possano essere coinvolti attivamente nell'intervento. Attraverso il coinvolgimento di organizzazioni e persone esterne, possono essere stabilite collaborazioni produttive [19, 21].

6.2 L'intervento stimola una cooperazione sostenibile con organizzazioni, gruppi o persone fuori dall'ambiente scolastico?

E' importante che il network "scuola- comunità scolastica" duri nella fase del periodo dell'implementazione. Gli interventi di alta qualità includono istruzioni su come la sostenibilità nel network e la cooperazione siano raggiunte. I metodi e le strategie sono sviluppati verso della cooperazione con partner rilevanti che diventino parte giornaliera della vita scolastica per promuovere una dieta sana e l'attività fisica.

3. Qualità del Processo

7.1 Gli insegnanti e gli alunni sono coinvolti attivamente nella realizzazione a dell'intervento?

Questo indicatore si focalizza sull'accertamento del livello di coinvolgimento dei ragazzi e degli insegnanti durante la fase dell'implementazione. La partecipazione e il coinvolgimento dovrebbero essere una parte integrante dell'intervento, dal pianificazione all'implementazione [10, 18, 19, 21, 41, 42]. Gli alunni e gli insegnanti hanno voce in capitolo su come l'intervento è messo in atto? Il coinvolgimento nella fase dell'implementazione potrebbe includere per esempio gli alunni e gli insegnanti nell'influenzare il modo in cui si organizzano i cortili e le strutture per il gioco, quale tipo di cibo venga preparato o quali argomenti di salute vengano discussi in classe. Altri esempi sono presentati nelle linee guida HEPS [51]. L'intervento dovrebbe contenere informazioni dettagliate su come il coinvolgimento attivo nell'ambito dell'implementazione sia assicurato.

7.2 L'implementazione dell'intervento è confacente con la routine e le condizioni all'interno della scuola?

La routine quotidiana e le condizioni generali si riferiscono a come la scuola sia organizzata. Ciò include la struttura organizzativa, l'orario, il piano didattico e le attività extra-curricolari come conferenze. Interventi promettenti devono assicurare che l'intervento stesso sia pertinente ed appropriato al contesto scolastico specifico. I componenti dell'intervento sono implementati all'interno dell'orario scolastico, senza compromettere l'insegnamento regolare. Le lezioni circa dieta e attività fisica messe in atto da professionisti al di fuori della scuola devono essere messe in atto con il pieno consenso dello staff scolastico. Se l'intervento è stato pianificato con la piena considerazione di come l'implementazione si confaccia con la routine scolastica e le condizioni generali in modo sistematico, l'indicatore è soddisfatto.

7.3 Le componenti dell'intervento essenziali per la fidelizzazione sono descritte?

La fidelizzazione dell'intervento si riferisce al fatto che l'intero intervento o suoi componenti siano messi in atto nel contesto scolastico come preventivato. Ciò riflette il grado di accordo tra la pianificazione e l'implementazione. Se questo tipo di informazione è sconosciuto, non è chiaro se gli eventuali scarsi risultati siano causati da un intervento inefficace o un intervento poco implementato [37]. Un modo per aumentare la fidelizzazione dell'intervento è specificare quali componenti dell'intervento siano da implementare come pianificato senza adattamento alcuno e quali componenti siano i suscettibili di cambiamento sull'altare delle esigenze scolastiche. Senza queste informazioni, la fidelizzazione diminuirà e ciò potrà condurre ad una mancanza di efficacia. Inoltre, la letteratura disponibile e le descrizioni dell'intervento devono dimostrare

quali parti e componenti siano essenziali per il successo dell'intervento. I componenti confacenti per l'adattamento dovrebbero essere riportati e si dovrebbe allegare una descrizione di ciò che esattamente potrà essere cambiato.

7.4 Il supporto in corso, come per esempio il counselling, è messo in atto al fine di portare a termine l'intervento(es. insegnanti)?

Ci si dovrebbe assicurare che coloro che sono responsabili dell'intervento ricevano il supporto per discutere i problemi e le difficoltà nell'implementazione dell'intervento [18, 21]. In corso significa che il fornitore dell'intervento offre un supporto continuo oltre al training iniziale. Ciò può includere un call-center, una disponibilità via e-mail o meeting periodici, counselling o una supervisione da parte di un professionista esperto. L'intervento dovrebbe inoltre dare informazioni circa la frequenza del supporto disponibile e i suoi costi.

8.1 I metodi su come valutare il processo dell'intervento, fidelizzazione dell'implementazione, soddisfazione, accettabilità, sono descritti?

La valutazione e il monitoraggio dell'implementazione dell'intervento sono importanti [9, 19, 21, 37, 52]. Le difficoltà in questi passaggi esiteranno in una diminuzione dell'efficacia. Se ciò viene identificato precocemente, è allora possibile mettere in atto delle contromisure. Il monitoraggio degli indicatori racchiude una valutazione sulla prontezza all'implementazione, la soddisfazione rispetto all'implementazione pianificata e come sia accettabile la scelta dell'intervento. La fidelizzazione dell'intervento (vedi 7.3) può essere valutata dal monitoraggio della frequenza, della durata e del grado con cui l'intervento sia portato a termine come pianificato. Deve essere chiaro come il monitoraggio debba essere assicurato e ciò è messo in atto tramite la letteratura disponibile o la descrizione dell'intervento. Questa descrizione dovrebbe indicare quali materiali e metodi saranno utilizzati nella valutazione del processo.

8.2 Le strategie descritte, come i risultati del processo di valutazione, possono essere usati per il miglioramento dell'implementazione dell'intervento?

Dovrebbero essere fornite le strategie e le raccomandazioni su come superare le difficoltà e i problemi derivanti dalla valutazione di processo. Lo scopo è descrivere le problematiche che tipicamente accadono durante l'implementazione e mettere in luce delle soluzioni che possano essere adottate dai responsabili dell'implementazione. Queste possono essere strategie per aumentare la prontezza e la motivazione all'implementazione, così come le raccomandazioni su come migliorare le risorse disponibili (personale, tempo ecc.).

4. Qualità dei risultati

9.1 L'intervento raggiunge gli obiettivi desiderati, formulati durante la pianificazione dell'intervento?

Il raggiungimento degli obiettivi sottolineati per l'intervento è un indicatore fondamentale per l'assessment del successo dell'intervento [18, 19, 21]. La domanda è se vi sia una qualche evidenza che gli obiettivi formulati nella pianificazione dell'intervento siano raggiunti. Per valutare, se e come questi siano stati raggiunti, è necessario che gli obiettivi siano definiti molto chiaramente all'inizio dell'intervento (vedi 2.2). Dovrebbero essere fornite informazioni sul raggiungimento degli obiettivi, se questi siano stati raggiunti in toto o limitatamente ad alcuni gruppi-target. In riferimento a sesso, età, ecc. Se gli obiettivi non venissero raggiunti per nulla, o solo parzialmente, dovrebbe essere disponibile una valutazione critica circa le ragioni di cui sopra.

9.2 I risultati dell'intervento dimostrano un impatto positivo sulla salute in termini di dieta sana e attività fisica?

Un intervento riuscito ed efficace dovrebbe dimostrare un cambiamento positivo nei parametri di salute, riguardo a dieta sana e attività fisica. Vi sono molti indicatori che mostrano l'efficacia o meno dell'intervento [10, 53]. Gli effetti positivi sul primo livello di risultati si misurano valutando le strutture e le pratiche seguite dalla conoscenza circa dieta sana e attività fisica o le attitudini e le intenzioni di comportamento. I risultati a un livello intermedio sono, per esempio, il cambiamento delle abitudini nel campo della salute, come un aumento di ore spese alla settimana ad effettuare faticose attività fisiche o un aumento del consumo di frutta e verdura. Altri risultati intermedi si basano su un ambiente scolastico sano, come una mensa sana e la riduzione di distributori automatici. Più complicato è il raggiungimento di obiettivi come la diminuzione di bambini sovrappeso, in quanto ciò non può essere valutato immediatamente ma solo dopo un lungo periodo e riflette la parte finale della catena dei risultati. Per soddisfare l'indicatore, l'intervento dovrebbe mostrare un risultato positivo al primo livello e a quello intermedio riguardo la dieta sana e l'attività fisica.

9.3 C'è evidenza che l'impatto positivo sui parametri relativi alla salute vada oltre un periodo minimo di 6 mesi?

Gli interventi di alta qualità devono inoltre dimostrare che gli effetti positivi persistano anche dopo un periodo di almeno 6 mesi. Più a lungo questo periodo è evidente, più facilmente il bambino o il ragazzo continuerà questo comportamento positivo. Per esaminare gli effetti a lungo termine, è necessario mettere in atto studi di follow-up. Gli interventi che mostrano come minimo un effetto positivo in un periodo di almeno 6 mesi soddisfano pienamente questo indicatore.

9.4 I metodi di valutazione e procedura sono basati su procedure scientifiche condivise?

Attraverso le informazioni disponibili sull'intervento, deve essere chiaro che i metodi e le procedure applicate siano radicate all'interno della teoria scientifica e della ricerca [18, 19]. Ciò include informazioni dettagliate circa il disegno dello studio, le domande di ricerca sottolineate emerse dal planning dell'intervento, gli indicatori, le variabili e i metodi applicati per la raccolta dei dati e l'analisi statistica. Il disegno dello studio e i metodi di ricerca dovrebbero essere in grado di verificare se gli effetti osservati siano causati dall'intervento stesso.

9.5 L'intervento dimostra un impatto positivo sui risultati educazionali (per esempio, imparare, risultati accademici, clima scolastico o assenteismo)?

Ogni intervento messo in atto nel contesto scolastico deve considerare anche risultati educativi [18, 44]. Gli indicatori correlati alla scuola e all'educazione sono: motivazione all'apprendimento, clima scolastico, solidarietà, raggiungimento degli obiettivi accademici o assenteismo scolastico. Per obiettivi educazionali dobbiamo distinguere tra obiettivi diretti, a medio termine e a lungo termine. I cambiamenti positivi nell'attitudine all'apprendimento e la motivazione, così come il clima all'interno della scuola sono obiettivi diretti e intermedi, mentre i cambiamenti negli obiettivi accademici e nell'assenteismo riflettono maggiormente cambiamenti a lungo termine. Se l'intervento mostra un obiettivo educazionale l'indicatore soddisfa completamente la richiesta.

10.1 Lo sforzo generale (costi, tempo) è in equilibrio con l'efficacia dell'intervento?

Sebbene l'intervento comporti effetti positivi, ciò non significa che l'intervento sia stato efficace. All'interno di un'analisi costo-efficacia tutte le spese dovrebbero essere valutate così come i risultati. Le spese correlate all'intervento includono i costi per lo staff, il materiale, il tempo ecc. mentre i risultati sono misurati in effetti non economici che sono valutati tramite la valutazione di efficacia. L'intervento può essere valutato come efficiente se viene condotta un'analisi costo-efficacia, i metodi e le procedure sono chiaramente specificati e i risultati dimostrano un bilancio positivo. Idealmente, il responsabile dell'intervento comparerà i

risultati di costo-efficacia con i risultati di costo-efficacia di interventi in altre scuole nel campo della dieta sana e dell'attività fisica. Questo richiede che gli interventi usati per un confronto siano caratterizzati da condizioni e caratteristiche simili.

10.2 I costi (tempo, personale) per la scuola e gli insegnanti, sono bilanciati rispetto ai benefici dell'intervento?

L'analisi costo-efficacia dovrebbe anche includere la visione della scuola in cui l'intervento è implementato [18]. I costi per la scuola includono il tempo per la preparazione e il personale della scuola, mentre i risultati sono correlati principalmente all'educazione dei ragazzi e secondariamente alla salute. L'efficacia, per la scuola, può anche includere percezioni soggettive degli insegnanti, dirigenti scolastici e altre figure professionali del settore dell'educazione. L'intervento può essere valutato come efficiente se c'è stata un'analisi costo-efficacia, se i metodi e le procedure di intervento sono descritte in modo chiaro e se i risultati dimostrano un equilibrio positivo. Idealmente, l'erogatore dell'intervento avrà confrontato i risultati di costo-efficacia con i risultati di costo-efficacia di interventi simili in altre scuole dal punto di vista della dieta e dell'attività fisica. Ciò richiede che gli interventi utilizzati per il confronto siano caratterizzati da simili condizioni e caratteristiche.

■ APPENDICE 2

GLOSSARIO DEI TERMINI FONDAMENTALI

Termine	Descrizione
Aderenza dell'intervento	L'aderenza si riferisce alla domanda se l'intervento, complessivamente o in una delle sue componenti, sia messo in atto nella struttura scolastica come pianificato (37). Essa riflette il grado di corrispondenza tra la pianificazione e l'implementazione.
Approccio globale della scuola alla salute	<p>Un approccio globale alla salute è basato su:</p> <ul style="list-style-type: none"> · un approccio orientato all'azione e all'educazione alla salute nel piano didattico · tenere in considerazione il concetto individuale di salute degli studenti · lo sviluppo di policy scolastiche di salute · lo sviluppo di un buon ambiente strutturale e sociale nella scuola · lo sviluppo di competenze · il rendere effettiva la connessione con la famiglia e la comunità · il rendere effettivo l'uso di servizi di salute (5). <p>Un approccio scolastico globale si focalizza non solo sulla salute degli studenti ma anche degli insegnanti e del corpo non docente. Ha anche lo scopo della promozione della qualità dell'educazione attraverso misure di salute come un buon approccio di salute scolastica (47).</p>
Approccio scolastico di promozione della salute	Una scuola che promuove la salute è quella che costantemente rafforza la sua capacità di proporsi come luogo sano in cui vivere, lavorare, imparare. Una scuola che promuove la salute coinvolge professionisti del ramo dell'educazione e della salute, insegnanti, studenti, genitori e le autorità della comunità, nello sforzo di promuovere la salute. Incoraggia la salute e l'apprendimento con tutte le risorse disponibili e prova a fornire ambienti favorevoli per la salute e una gamma di progetti di educazione e servizi di promozione della salute. Una scuola che promuove la salute implementa le politiche, le pratiche e altre misure per promuovere l'autostima, dare più opportunità per raggiungere il risultato desiderato e fornisce buoni sforzi e iniziative come conquiste personali. Si sforza di migliorare la salute del personale scolastico, delle famiglie, dei membri della comunità così come degli studenti, lavora in cooperazione con le autorità locali aiutandoli a comprendere come la comunità contribuisca nei processi di salute ed educazione (40).
Auto-efficacia	L'auto-efficacia si riferisce a convinzioni che gli individui hanno circa la propria capacità di portare a termine azioni in un modo che influenzi gli eventi e modifichi la loro vita (39).
Autostima	L'autostima si riferisce alla percezione positiva che una persona ha di sé. Descrive un'attitudine favorevole o meno circa se stessi (60).

Benchmark	Il benchmark può essere definito come l'uso di dati comparabili derivanti da interventi simili, attività etc. per stabilire uno standard di buona pratica e misurare inoltre il successo ed i bisogni specifici per il miglioramento.
BMI	L'indice di massa corporea (BMI) è l'indice che mette in rapporto peso e altezza comunemente usato per classificare sovrappeso e obesità. E' il peso in kg diviso per il quadrato dell'altezza in metri (kg/m ²) (54).
Capacità	La capacità si riferisce agli sforzi comportamentali e cognitivi di una persona di fronteggiare (ridurre, minimizzare, controllare o tollerare) le richieste interne ed esterne del rapporto persona-ambiente eccedenti le risorse della singola persona (55).
Clima scolastico	Il clima scolastico può essere definito come la qualità e la frequenza delle interazioni tra gli adulti e gli studenti (59).
Competenza dell'azione	La competenza dell'azione è l'abilità di agire e di apportare un cambiamento positivo rispetto alla salute (49).
Comportamento sedentario	I comportamenti sedentari rappresentano un modello che non comporta alcun movimento fisico, oppure comporta un'attività fisica quasi nulla. Per esempio, guardare la TV o usare il computer, giocare a videogame ecc.
Costo-efficacia	Costo-efficacia indica la relazione tra spesa finanziaria da un lato e il risultato dell'intervento (impatto) dall'altra. Se è positivo, i risultati superano le spese finanziarie dell'intervento.
Disordini psicosomatici	I disordini e le malattie psicosomatiche sono caratterizzate da sintomi fisici che non possono essere spiegati appieno da una condizione medica neurologica o generale ("organica") (58).
Disordini secondari	I disordini secondari sono malattie che sono causate da una patologia o da un evento precedente. Il diabete tipo 2, l'ipertensione arteriosa, infarti del miocardio, per esempio, sono malattie secondarie che possono essere causate dall'obesità.
Efficacia	Adeguatezza dell'intervento in termini del suo effetto atteso (56).
Efficienza	La relazione tra un risultato e i mezzi utilizzati per raggiungerlo (56).
Empowerment	Nella promozione della salute, l'empowerment è un processo attraverso cui le persone acquistano consapevolezza delle decisioni e azioni che riguardano la loro salute (40).

Fattori determinanti la salute	I determinanti di salute comprendono una varietà di fattori che influenzano lo stato di salute di individui, gruppi o dell'intera popolazione. Ciò include l'ambiente sociale ed economico, così come strutturale e le caratteristiche e i comportamenti individuali (40).
Intervento sulla salute	Gli interventi sulla salute possono essere definiti come azioni che si fondano sulle scienze della salute e mirano a un cambiamento sistematico e sostenibile nel modificare le abitudini individuali e/o le condizioni circostanti. Si possono distinguere due principali orientamenti: interventi sulla salute il cui scopo è la promozione della salute/ benessere (promozione della salute) e gli interventi che si focalizzano sull'allontanamento delle malattie (prevenzione) (1).
Incidenza	Il numero di nuovi casi comparsi in una popolazione in un intervallo di tempo (57)
Indicatore di qualità	Una misura specialmente selezionata che può indicare buona o scarsa qualità (10)
Implementazione	L'implementazione si riferisce a quanto bene il programma proposto sia messo in pratica (52). Diversi componenti dell'implementazione riguardano l'aderenza, la frequenza e la durata dell'intervento, la qualità dell'offerta, la responsività e la partecipazione (37).
Monitoraggio	La raccolta sistematica di dati continui o periodici usata per valutare il processo e i risultati (31).
Partecipazione	La partecipazione si verifica a diversi livelli e può spaziare da un senso di "prendere parte a" a "essere parte di" o "condividere qualcosa". Quest'ultima implica la suddivisione del potere nel processo decisionale in relazione a problemi contestuali (come la scuola). Questo concetto riflette un senso di auto-determinazione, appartenenza e empowerment in relazione all'apprendimento in tema di salute (20, 40).
Prevenzione	Mentre la promozione della salute è orientata a un rafforzamento della salute per mezzo di miglioramenti nelle risorse, la prevenzione è orientata al mantenimento della salute attraverso l'allontanamento dei rischi e delle malattie. A seconda del tempo in cui vengono messe in atto si può distinguere tra prevenzione primaria (prevenire l'instaurarsi delle malattie), prevenzione secondaria (diagnosi precoce delle malattie) e terziaria (evitare le complicanze della malattia).
Prevalenza	Numero di casi in una popolazione definita in un certo momento (56).
Prevalenza puntuale	La prevalenza puntuale si riferisce al numero di casi in un istante specifico, mentre la prevalenza periodale si riferisce a un numero di casi in un periodo predefinito.(1 mese, 12 mesi ecc.)

Promozione della salute basata sull'evidenza	L'uso dell'informazione derivante dalla ricerca formale e sistematica per identificare cause e contributi ai bisogni di salute e le azioni più efficaci di promozione della salute in contesti e popolazioni definiti (39).
Promozione della salute	La promozione della salute è il processo con cui si aiuta la popolazione ad aumentare il controllo e a migliorare la propria salute (40).
Rischio per la salute	Lo stato sociale economico o biologico, i comportamenti o l'ambiente che sono associate con l'aumento della suscettibilità per una specifica malattia o infortunio (40).
Sostenibilità	Risultati attesi del progetto con durata maggiore del progetto stesso (56).
Sovrappeso	Sebbene non vi sia consenso su come definire il sovrappeso nell'infanzia e nell'adolescenza, è comune l'uso dei percentili per età e sesso (valore al di sotto del quale rientra una certa percentuale di osservazioni). In Europa il 'sovrappeso' è classificato al di sopra dell'85esimo percentile e l'obesità sopra il 95esimo percentile del BMI (36).
Status socioeconomico (SES)	Lo 'status socioeconomico' descrive la posizione economica e sociale di un individuo o della famiglia in relazione agli altri, posizione determinata di solito dal reddito familiare.
Stress	Lo stress deriva dalla relazione tra una persona e l'ambiente circostante. Più specificatamente, un ambiente percepito come ostile o che richiede risorse eccessive alla fine mette a repentaglio il benessere (55).

■ BIBLIOGRAFIA

1. Michaelsen-Gärtner, B., Witteriede, H. & Paulus, P. (2009). *Gesundheitserziehung in Schulen*. [Education sur la sante dans les établissements scolaires]. In B. Wulfhorst & Hurrelmann, K. (Ed.). *Hand-buch Gesundheitserziehung* [Manuel d'éducation o la santé] (160-170). Bern, Hans Huber.
2. Aro, A. A., Van den Broucke, S. & Rätty, S. (2005). *Toward European consensus tools for reviewing the evidence and enhancing the quality of health promotion practice*. *Promotion & Education, Suppl.* 1, 10-14.
3. WHO (2009). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Retrieved from the World Wide Web on November 1th 2009, from <http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/ottawa/en/>
4. Stewart-Brown, S. (2001). *Evaluating health promotion in schools: reflections*. In I. Rootman, M. Goodstadt, B, Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (271-284). Copenhagen, WHO.
5. Buijs, G. (2009). *SHE strategic plan 2008-2012*. Woerden, NIGZ.
6. Christiansen, G. (1999). *Evaluation as a Quality Assurance Tool in Health Promotion*. Cologne, BZgA.
7. Øvretveit, J. (1996). *Quality in health promotion*. *Health Promotion International*, 11, 55-62.
8. Lohr, K. M. (Ed.) (1990). *Medicare – A strategy for quality assurance*. Washington, DC, Institute of Medicine.
9. Ruckstuhl, B., Kolip, P. & Gutzweiler, F. (2001). *Qualitätsparameter in der Prävention* [paramètres de qualité dans la prévention]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* [Gestion de la qualité dans la promotion de la santé et la prévention] (38-50). Köln, BZgA.
10. Ader, M., Berensson, K., Carlsson, P., Granath, M. & Urwitz, V. (2001). *Quality indicators for health promotion programmes*. *Health Promotion International*, 16, 187-195.
11. Parish, R. (2001). *Health promotion. Towards a quality assurance framework*. I. Rootman, M. Goodstadt, B, Hyndman, D. V. McQueen, L. Potvin, J. Springett et al. (Ed.). *Evaluation in health promotion. Principles and Perspectives* (171-184). Copenhagen, OMS.
12. Ruckstuhl, B., Studer, H. & Somaini, B. (1998). *Eine Qualitätskultur für die Gesundheits-förderung!* [Une culture de qualité pour la promotion de la santé]. *Soz.-Präventivmedizin*, 43, 221-228.
13. Donabedian, A. (2003). *An Introduction to Quality Assurance in Health Care*. New York, Oxford University Press.
14. Trojan, A. (2001). *Qualitätsentwicklung in der Gesundheitsförderung* [Développement de la qualité dans la promotion de la santé]. In BZgA (Ed.). *Qualitätsmanagement in Gesundheitsförderung und Prävention* [Gestion de la qualité dans la promotion de la santé et la prévention] (51-72). Köln, BZgA.
15. Buijs, G. & Ruiters de, S. (2008). *Summary Dutch toolkit overweight in schools*. Woerden, NIGZ.
16. Bühler, A. & Heppekausen, K. (2005). *Gesundheitsförderung durch Lebenskompetenzprogramme in Deutschland* [Promotion de la santé en Allemagne par des programmes de développement des compétences utiles dans la vie]. Köln, BZgA.
17. Kaluza, G. & Lohaus, A. (2006). *Psychologische Gesundheitsförderung im Kindes- und Jugendalter*. *Zeitschrift für Gesundheitspsychologie* [Programmes de promotion de la santé mentale des enfants et adolescents]. *Gesundheitspsychologie*, 3, 119-143.
18. Peters, L. W. H., Leurs, M. T. W., Keijsers, J. F. E. M. & Schaalma, H. P. (2008). *Development of the schoolBeat quality checklist for healthy school interventions*. Leurs, M. (Ed.) *A collaborative approach to tailored whole-school health promotion* (69-81). Enschede: Ipskamp.
19. GEP, NIGZ, VIG (2005). *Outil de qualité européen pour la promotion de la santé (EQUIPH)*. Téléchargé le 15 avril à partir du site <http://ws5.evision.nl/system3/images/Annexe%2010%20EQUIHP.pdf>
20. BZgA (2006). *Quality criteria for programmes to prevent and treat overweight and obesity in children and adolescents*. Cologne, BZgA.
21. quint-essenz (2009). *Quality criteria for projects version 5.0*. Téléchargé le 15 avril à partir du site <http://www.quint-essenz.ch/en/files/Quality—criteria—50.pdf>
22. Molleman, G., Peters, L., Hommels, L. & Ploeg, M. (2003). *Health Promotion Effect Management Instrument Preffi 2.0*. Téléchargé le 15 avril à partir du site <http://www.nigz.nl/index—en.cfm?act=esite.tonen&a=6&b=54>.
23. BZgA (2005). *Kriterien guter Praxis in der Gesundheitsförderung bei sozial Benachteiligten* [Critères de bonnes pratiques pour la promotion de la santé concernant les personnes socialement défavorisées] Cologne, BZgA.

24. Kliche, T., Töppich, J., Kawski, S., Koch, U. & Lehmann, H. (2004). Die Beurteilung der Struktur-, Prozess- und Ergebnisqualität von Gesundheitsförderung und Prävention. Anforderungen und Lösungen [L'évaluation de la qualité structurale, de la qualité des processus et de la qualité des résultats dans la promotion de la santé et la prévention. Exigences et solutions]. *Bundesgesundheitsbl – Gesundheitsforsch – Gesundheitsschutz*, 47, 125-132.
25. Dobbins M, DeCorby K, Robeson P, Husson H & Tirilis D. School-based physical activity programs for promoting physical activity and fitness in children and adolescents aged 6-18. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2009, Issue 1.
26. Dietz, W. H. & Gortmaker, S. L. (2001). Preventing Obesity in Children and Adolescents. *Annu. Rev. Public Health*, 22, 337-353.
27. CDC (2005). Public health strategies for preventing and controlling overweight and obesity in school and worksite settings: a report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. *MMWR*, 54(no RR-10).
28. Katz, D. L., O'Connell, M., Njiki, V. Y., Yeh, M.-C. & Nawaz, H. (2008). Strategies for the prevention and control of obesity in the school setting: systematic review and meta-analysis. *International Journal of Obesity*, 32, 1780-1789.
29. Bautista-Castaño, I., Doreste, J. & Serra-Majem, L. (2004). Effectiveness of interventions in the prevention of childhood obesity. *European Journal of Epidemiology*, 19, 617-622.
30. Dehghan, M., Akhtar-Danesh, N. & Merchant, A. T. (2005). Childhood obesity, prevalence and prevention. *Nutrition Journal*, 4:24.
31. Shaya, F. T., Flores, D., Gbarayor, C. M. & Wang, J. (2008). School-Based Obesity Interventions: A Literature Review. *Journal of School Health*, 78, 189-196.
32. Lissau, I. (2007). Prevention of overweight in the school arena. *Acta Pædiatrica*, 96, 12-18.
33. Roe, L., Hunt, P., Bradshaw, H. & Rayner, M. (1997). Health promotion interventions to promote healthy eating in the general population – a review. *Londres, Health Education Authority*.
34. Sluijs van, E. M. F., McMinn, A. M. & Griffin, S. J. (2007). Effectiveness of interventions to promote physical activity in children and adolescents: systematic review of controlled trials. *BMJ*, 335, 703.
35. Wechsler, H., Devereaux, R. S., Davis, A. B. M. & Collins, J. (2000). Using the School Environment to Promote Physical Activity and Healthy Eating. *Preventive Medicine*, 31, 121-137.
36. Summerbell, C. D., Waters, E., Edmunds, L. D., Kelly, S., Brown, T. & Campbell, K. J. (2005). Interventions for preventing obesity in children. *Base de données Cochrane d'études systématiques*, 20, 1-73.
37. Barry, M. M., Domitrovich, C. & Lara, M. A. (2005). The implementation of mental health promotion programmes. *Promotion & Education. Supp.2*, 30-36.
38. Müller, M.; Danielzik, S. & Pust, S. (2005). School- and family-based interventions to prevent overweight in children. *Compte rendu de la Nutrition Society*, 64, 249-254.
39. Smith, B.J., Tang, K.C. & Nutbeam, D. (2006). Glossaire de l'OMS sur la promotion de la santé : nouveaux termes. *Health Promotion International*, 21(4), 340-345.
40. OMS (1998). Glossaire de promotion de la santé. *Genève, OMS*.
41. Simovska, V. (2007). The changing meaning of participation in school based health-education and health promotion: the participants' voices. *Health Education Research*, 22, 864-878.
42. Simovska, V. & Jensen, B.B. (2009). Conceptualizing participation – the health of children and young people. *Danemark : Bureau régional de l'OMS pour l'Europe*.
43. Stewart-Brown, S. (2006). What is the evidence on school health promotion in improving health or preventing disease and, specifically, what is the effectiveness of the health promotion schools approach. *Copenhagen, OMS*.
44. Paulus, P. (2007). 20 Years of Health Promotion Research in and on Settings in Europe - the case of School Health Promotion. *Italian Journal of Public Health*, 4(4), 248-254.
45. Eschenbeck, H., Kohlmann, C.-W., Dudey, S. & Schürholz, T. (2009). Physician Diagnosed Obesity in German 6- to 12- Year-Olds. Prevalence and Comorbidity of Internalising Disorders, Externalising Disorders, and Sleep Disorders. *Obesity Facts*, 2, 67-73.
46. Valois, R. F., Umstadtd, M. R., Zullig, K.J. & Paxton, R.J. (2008). Physical Activity Behaviors and Emotional Self-Efficacy: Is There a Relationship for Adolescents? *Journal of School Health*, 78(6), 321-327.
47. Paulus, P. (2009). *Anschub.de. Ein Programm zur Förderung der guten gesunde Schule. [Anschub.de – un programme pour le développement d'écoles promotrices de santé de qualité]* Münster: Waxmann.

48. Taras, H. (2005). *Physical Activity and Student Performance at School*. *Journal of School Health*, 75, 214-218.
49. Jensen, B. B. (1997). *A case of two paradigms within health education*. *Health Education Research*, 12, 419-428.
50. Gray, G., Young, I. & Barnekow, V. (2006). *Developing a health-promoting school. A practical resource for developing effective partnerships in school health, based on the experience of the European Network of Health Promoting Schools*. ENHPS.
51. Boonen, A., Vries de, N., Ruiter de, S., Bowker, S. & Buijs, G. (2009). *Lignes directrices HEPS. Lignes directrices pour la promotion d'une alimentation saine et de l'activité physique dans les établissements scolaires*. Woerden, NIGZ.
52. Durlak, J. A. (1998). *Why Program Implementation is Important*. *Journal of Prevention & Intervention in the Community*, 17, 5-18.
53. Nutbeam, D. (1998). *Evaluating health promotion - progress, problems and solutions*. *Health Promotion International*, 13, 27-44.
54. OMS (2006). *Obesity and Overweight*. Fact sheet N° 311. Téléchargé le 11 août 2009 à partir du site from <http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs311/en/index.html>.
55. Folkman, S., Lazarus, R.S., Gruen, R.J. & DeLongis, A. (1986). *Appraisal, Coping, Health Status, and Psychological Symptoms*. *Journal of Personality and Social Psychology*, 50, 571-579.
56. Quint-Essenz (2008). *Glossaire*. Téléchargé le 11 août 2009 à partir du site <http://www.quint-essenz.ch/en/resources>.
57. Bonita, R., Beaglehole, R. & Kiellström, T. (2006). *Basic epidemiology* (2nd edition). Genève, OMS.
58. Oatis, M. D. (2002). *Psychosomatic Illness in Children and Adolescents*. *NYU Child Study Letter*, 6(3).
59. Kuperminc, G. P., Leadbeater, B. J. & Blatt, S. J. (2001). *School Social Climate and Individual Differences in Vulnerability to Psychopathology among Middle School Students*. *Journal of School Psychology*, 39, 141-159.
60. Rosenberg, M. (1965). *Society and the adolescent self-image*. Princeton, NJ, Princeton University Press.

Ressources utiles sur internet

1. **Strumenti di qualità per gli interventi sulla salute (selezione)**
 - Criteri per la buona pratica nella promozione della salute per le persone svantaggiate socialmente (disponibile solo in tedesco)
<http://www.bzga.de>
 - European quality instrument for health promotion (EQUIHP)
<http://subsites.nigz.nl/system3/site2>
 - Preffi <http://www.preffi.nl>
 - Quality in prevention (only available in German)
<http://www.uke.de/extern/qip>
 - Criteri di qualità per programmi per la prevenzione e la cura di bambini e adolescenti in sovrappeso e obesi
<http://www.bzga.de>
 - Quint Essenz <http://www.quint-essenz.ch>
2. **Database relativo al mangiar sano e all'attività fisica (selezione)**
 - Piattaforma per il mangiar sano e l'attività fisica (disponibile solo in tedesco)
<http://www.ernaehrung-und-bewegung.de>
 - Piattaforma per la promozione della salute per le persone svantaggiate socialmente (solo in tedesco)
<http://www.gesundheitliche-chancengleichheit.de>
 - I-database (only available in Dutch)
<http://www.loketgezondleven.nl/i-database>
 - Healthy school database Austria (only available in German)
<http://gs.bmgfj.gv.at>

3. Altre risorse web rilevanti

- *Schools for Health in Europe (SHE) network*
<http://www.schoolsforhealth.eu>
- *HEPS supports school health policy*
<http://www.hepseurope.eu>

HEPS PARTNERS

L'Istituto Olandese per la Promozione della Salute (NIGZ) è il coordinatore del progetto HEPS in collaborazione con :

1. Université Libre de Bruxelles, Belgium
2. Welsh Assembly Government, Wales
3. Danish School of Education, Aarhus University, Copenhagen, Denmark
4. Institute of Child Health, Greece
5. University Maastricht, Netherlands
6. NHS Health Scotland
7. Warsaw University, Poland
8. University of Bergen, Norway
9. Leuphana University Lüneburg, Germany
10. National University of Ireland, Galway, Ireland
11. Boltzmann Institute Health Promotion Research (LBIHPR), Austria
12. State Environmental Health Centre, Ministry of Health, Lithuania