SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE SARDEGNA

AZIENDA U.S.L. N° 7 –

CARBONIA

Deliberazione N° 1132

Adottata dal Direttore Generale in data 28 MAG. 2003

OGGETTO: Approvazione progetto di ricerca e di educazione sanitaria predisposto dagli Operatori del Centro Salute Mentale di Carbonia - Nota Ass.le prot. 10258/2 del 07/03/03 - Richiesta finanziamento -

SU proposta del Direttore Sanitario il quale:

ACQUISITA la nota dell'Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità, prot n. 10258/2 del 07/03/03 avente per oggetto "Progetti di ricerca e di educazione sanitaria – Cap. 12076/00 del Bilancio Regionale 2003 – Criteri per l'elaborazione, norme e tempi di presentazione";

ATTESO che con la nota succitata l'Assessorato comunica l'intendimento a finanziare, con risorse proprie, progetti di ricerca svolti da pubbliche istituzioni, in grado di conseguire orientamenti scientifici operativi utili all'azione politica ed amministrativa nelle materie di competenza;

che il Centro di Salute Mentale, così come indicato nella suindicata nota prot. 10258/2 del 07/03/03, rientra fra quei Servizi individuati dall'Assessorato per la presentazione e quindi la realizzazione di programmi di educazione sanitaria e di ricerca;

CONSIDERATO che il Centro di Salute Mentale ha predisposto il seguente progetto di Educazione Sanitaria:

- "I bambini delle scuole dell'infanzia e della scuola primaria promotori di salute: lotta contro le barriere mentali attraverso la realizzazione di laboratori e la condivisione di spazi e tempi nel Centro Diurno" -
  - Progetto triennale
  - Finanziamento occorrente €. 40.050,00
  - Responsabile Dott. Antonio Cesare Gerini –

RITENUTO di dover procedere all'approvazione del progetto di che trattasi in quanto finalizzato al conseguimento dei fini istituzionali;

PROPONE

- di prendere atto del progetto predisposto dagli Operatori del Centro di Salute Mentale di Carbonia elaborato secondo le disposizioni impartite dall'Assessorato Reg.le dell'Igiene e Sanità con nota prot. 10258/2 del 07/03/03;

- di procedere all'approvazione del progetto di che trattasi, che risulta essere il seguente:

  " I bambini delle scuole dell'infanzia e della scuola primaria promotori di salute: lotta contro le barriere mentali attraverso la realizzazione di laboratori e la condivisione di spazi e tempi nel Centro Diurno" -

IL DIRETTORE GENERALE

PRESO ATTO dell'istruttoria svolta dal Direttore Sanitario

SENTITI il Direttore Amministrativo e il Direttore Sanitario

DELIBERA

Per i motivi espressi in premessa:

- di far proprio il progetto predisposto dagli Operatori del Centro di Salute Mentale di Carbonia;

- di approvare il progetto di che trattasi, allegato in copia al presente atto per farne parte integrante e sostanziale, che risulta essere il seguente:

  - " I bambini delle scuole dell'infanzia e della scuola primaria promotori di salute: lotta contro le barriere mentali attraverso la realizzazione di laboratori e la condivisione di spazi e tempi nel Centro Diurno" -

- di inoltrare al competente Assessorato Regionale dell'Igiene e Sanità istanza di finanziamento, pari a €. 40.050,00 per la realizzazione del progetto di cui sopra, così come stabilito dalla nota Assessoriale prot. 10258/2 del 07/03/03.

SERVIZIO SANITARIO U.S.L. N. 7 CARBONIA REGIONE SARDEGNA

Il Direttore Generale
(Dr. Emilio Simeone)

DIR. AMM. _____

DIR. SANIT. _____

Il Responsabile del Settore Affari Generali

attesta che la deliberazione

n° 1132 del 28 MAG. 2003

è stata pubblicata

nell'Albo pretorio dell'Azienda USL n° 7

a partire dal 29 MAG. 2003 . 12 GIU. 2003

Resterà in pubblicazione per 15 giorni consecutivi.

È stata posta a disposizione per la consultazione.

Il Responsabile del Servizio

Affari Generali

(D.ssa Margherita Cannas)

SERVIZIO SANITARIO REGIONALE U.S.L. N. 7 CARBONIA

Allegati n° _____

Destinatari:

- *Collegio dei Sindaci*
- *Direzione Generale*
- *Direzione Sanitaria*
- *Centro Salute Mentale - Carbonia*

Regione Autonoma della Sardegna

ALLEGATO < A >

Titolo del progetto: EDUCAZIONE SANITARIA NEL CENTRO DIURNO PER DISTURBI MENTALI NELLA AZIENDA USL DI CARBONIA. I BAMBINI DELLE SCUOLE DELL'INFANZIA E DELLA SCUOLA PRIMARIA PROMOTORI DI SALUTE: LOTTA CONTRO LE BARRIERE MENTALI ATTRAVERSO LA REALIZZAZIONE DI LABORATORI E LA CONDIVISIONE DI SPAZI E TEMPI DEL CENTRO DIURNO

Responsabile del progetto:

Cognome GERINI Nome ANTONIO CESARE

Indirizzo c/o ASL N. 7 Centro Salute Mentale - Carbonia
Tel. 07816683430

Titolo professionale o accademico RESPONSABILE CENTRO SALUTE MENTALE - CARBONIA

Istituzione di appartenenza AZIENDA USL N. 7 - CARBONIA

==========

Ente/i ovvero Istituto/i, presso i quali sarà eseguita la ricerca:

CENTRO DIURNO DEL CENTRO DI SALUTE MENTALE - CARBONIA
AZIENDA USL N. 7 - CARBONIA / CA

Tel. 07816683430

Responsabile amministrativo dell'Ente finanziato:

DR. GIOVANNI ANTONIO FADDA ; Tel. 07816681

==========

Cifra complessiva richiesta per la ricerca E. 40.050,00

Cifra richiesta per il primo anno E. 13.350,00

Cifra richiesta per il secondo anno E. 13.350,00

Cifra richiesta per il terzo anno E. 13.350,00

Conto corrente bancario n° 9999 *ABI* 05676 *CAB* 43850 conto unico di Tesoreria

==========

Altre fonti di finanziamento:

Ente £.
Ente £.

Durata della ricerca: (in mesi). 36

Progetto

di nuova proposta ☒

continuazione di precedente ☐

Riassunto del progetto di ricerca:

Progetto pilota, creazione e coordinamento di reti d'azione tra scuole cittadine di diverso grado (scuole d'infanzia e primarie) e Centro Diurno dell'Azienda USL, impegno operativo finalizzato al perseguimento di una lotta e una prevenzione dei pregiudizi contro i disturbi mentali.

PIANO FINANZIARIO

FINANZIAMENTO TOTALE PER ANNO

Contratti di collaborazione	€ 9.000,00
Materiali per laboratori	€ 2.000,00
Stampa, pubblicazioni	€ 1.000,00
Spese diverse	€ 1.350,00
TOTALE	€ 13.350,00

FINANZIAMENTO TOTALE

Cifra complessiva richiesta per la ricerca	€ 40.050,00
Cifra richiesta per il primo anno	€ 13.350,00
Cifra richiesta per il secondo anno	€ 13.350,00
Cifra richiesta per il terzo anno	€ 13.350,00

Dott. Antonio Cesare Gerini 06/11/1944

Il Sanitario

1971	Università Sassari	Laurea in medicina e chirurgia
1973 -81	Ente Ospedaliero Sirai - Carbonia	Assistente Ostetricia e Ginecologia
1981	Servizio Sanitario Nazionale	Tirocinio pratico teorico di psichiatria
1981-91	Servizio Sanitario Nazionale	Assistente di Psichiatria SPDC Carbonia
1989 -92	Servizio Sanitario Nazionale	Responsabile SPDC Carbonia
1992 -98	Servizio Sanitario Nazionale	Aiuto di Psichiatria SPDC Carbonia
1997 - 2003	SSN	Responsabile Comunità Protetta di Psichiatria – ASL 7 AIAS Cortoghiana –Carbonia
1999 - 2003	SSN	Responsabile Centro Salute Mentale, Casa Famiglia e Centro Diurno - ASL 7

Il Sociale

1982-	Co -Fondatore Centro Accoglienza don Vito Sgotti – Carbonia – Comunità Alloggio Femminile, Centro Pronto Intervento Maschile. Convenzionata Comune Carbonia
1989	Co -Fondatore Centro Alcologico – Carbonia -
2001	Co-fondatore Piccola Comunità Alcol –Dipendenti, Carbonia. Contributo Ass.Reg.Sanità
1991 - 2003	Direttore Editoriale Rivista Trimestrale "Appunti Sparsi"; indirizzata a medici, operatori sociali, enti di assistenza pubblici e privati della Sardegna. Contributo Ass.Reg.Sanità
1999	Pubblicazione lavoro monografico "Il Significato del Ciclo Mestruale", segnalato da "Medicina e Morale" – rivista di Bioetica e Deontologia Medica dell'Università Cattolica del Sacro Cuore "Agostino Gemelli" Roma – 1999/3
2000	Ideatore e co-fondatore dell'Associazione di Auto Mutuo Aiuto per sofferenti psichici – Albèschida (impegnata quotidianamente nelle attività di Centro Diurno per sofferenti psichici Asl 7) - .

Prof. Paolo Contu 31-5-1959

1986	Università Cagliari	Laurea in medicina e chirurgia
1989-91	Università Sassari - Cagliari	Dottorato in Sanità Pubblica e Medicina di Comunità
1989-92	Servizio Sanitario Nazionale	Assistente Sanità Pubblica
1992-01	Università Cagliari	Professore associato Igiene Generale e Applicata
2001-	Università Cagliari	Professore straordinario Igiene Generale e Applicata
2002-	Università Cagliari	Direttore Scuola Specializzaz. Igiene e Medicina Preventiva

1999-	Membro (biostatistico) dei Comitati Etici della ASL 8 e del Policlinico Universitario di Cagliari
2000-01	Predisposizione del curriculum formativo di promozione della salute per il governo della Lettonia
1994-97	Referente per l'università di Cagliari per il progetto **SUPER** (Ricerca europea su nutrizione sana e promozione della salute) e per il **Programma Biomed** (Scambio di giovani ricercatori)
1997-98	Referente per l'università di Cagliari per il programma **EuroPromed** (Ricerca europea sulla prevenzione e la promozione della salute per le popolazioni escluse ed emarginate in Europa)
1995-	Referente per l'università di Cagliari per il **European Training Consortium in Public Health and Health Promotion** (Dal 2000 **coordinatore del Consorzio Europeo**).
1996-00	Coordinatore del **Progetto di Promozione della Salute in ambito Scolastico** finanziato dalla Regione Sardegna

E' autore di 105 pubblicazioni su riviste nazionali e internazionali e di 5 pubblicazioni in volume tra le quali

1. **Contu P**, Congiu C, Porcu S, Marongiu D, Pisanu M, Puddu E, Puddu R, Scarpa B ***Relationship between legal abortion, family conditions and social factors***. Journ. Prev. Med. Hyg.(1994): 35, 107-110.
2. **Contu P**, Congiu C ***Health promotion through community participation: project for Sardinia***. Research and Change in Urban Community Health. Avebury Aldershot (1995): 359-368. ISBN 1-85972-159-1.
3. Mantovani G, Astara G, Lampis B, Bianchi A, Curreli L, Orrù W, Carta MG, Carpiniello B, **Contu P**, Rudas N ***Evaluation by multidimensional instruments of health-related quality of life of elderly cancer patients undergoing three different "psychosocial" treatment approach. A randomized clinical trial.*** Support Care Cancer (1996): 4: 129 - 140.
4. **Contu P** ***Action research methodologies in monitoring and evaluation: difficulties and challenges***. International Conference on Health Promotion and Nutrition (1997): 124-132. ISBN 90-6754-505-8.
5. Pani PP, Trogu E, **Contu P**, Agus A, Gessa *GL* ***Psychiatric severity and treatment response in a comprehensive methadone maintenance treatment program.*** Drug and Alcohol Dependence (1997) 48: 119-126.
6. Mantovani G; Macciò A; Curreli L; Lampis B; Ghiani M; Bianchi A; **Contu P** ***Comparison of oral 5-HT3-receptor antagonists and low-dose oral metoclopramide plus i.m. dexamethasone for the prevention of delayed emesis in head and neck cancer patients receiving high-dose cisplatin.*** Oncol Rep, (1998) 5:273-80.
7. **Contu P**, Coroneo V, Ponti S ***Un'esperienza di promozione della salute nella scuola. Il progetto giovani in azione..*** Educazione Sanitaria e promozione della salute (1998): 21, 44-53.
8. Mantovani G; Curreli L; Macciò A; Massa E; Massa D; Mulas C; Succu G; **Contu P** ***Prevention of Nausea and Vomiting (N&V) in Cancer Patients Receiving High-Dose Cisplatin. Assessment of the Potential Antiemetic Activity of Transdermal Fentanyl (TTS-F) Compared to Standard Antiemetic Treatment in Acute and Delayed N&V: First Clinical Report.*** Anticancer Research (1999) 19: 3495-3502.
9. Barcellona D, **Contu P,** Sorano GG, Pengo V, Marongiu F ***The management of oral anticoagulant therapy: the patient's point of view.*** Thrombosis and Haemostasis (2000) 83: 49-53.
10. Di Grande L, Perrier MP, Lauro MG, **Contu P** ***Alcohol Use and Correlates of Binge Drinking among University Students on the Island of Sardinia, Italy*** Substance Use & Misuse (2000) 35: 1471-1483.
11. **Contu P**, Coroneo V, Mereu A ***Il programma "Scuole Insieme per la Promozione della Salute": valutazione di processo.*** Educazione Sanitaria e promozione della salute (2000) 23: 324-335.

12. **Contu P**, Scarpa B ***Strategie europee di promozione della salute*** Educazione Sanitaria e promozione della salute (2001) 24: 18-27.
13. Coroneo V, Mereu A, Massa F, **Contu P** ***Indagine sulle abitudini alimentari in una popolazione giovanile della Sardegna meridionale.*** Educazione Sanitaria e promozione della salute (2001): 24, 292-299.
14. Marrosu MG, Lai M, Cocco E, Loi V, Spinicci G, Pischedda MP, Massole S, Marrosu G, **Contu P** ***Genetic factors and the founder effect explain familial MS in Sardinia.*** Neurology (2002): 58, 283-288.
15. Mantovani G, Maccio A, Madeddu C, Mura L, Gramignano G, Lusso MR, Mulas C, Mudu MC, Murgia V, Camboni P, Massa E, Ferreli L, **Contu P**, Rinaldi A, Sanjust E, Atzei D, Elsener B.***Quantitative evaluation of oxidative stress, chronic inflammatory indices and leptin in cancer patients: Correlation with stage and performance status.*** Int J Cancer (2002): 98, 84-91.
16. Mantovani G, Maccio A, Mulas C, Massa E, Madeddu C, Mura L, Contu P, Versace R. ***Dose-intense phase II study of weekly cisplatin and epidoxorubicin plus medroxyprogesterone acetate and recombinant interleukin 2 in stage IIIB-IV non-small cell lung cancer.*** Oncol Rep. (2002): 661-70.
17. Marrosu MG, Cocco E, Lai M, Spinicci G, Pischedda MP, **Contu P** ***Patients with multiple sclerosis and risk of type 1 diabetes mellitus in Sardinia, Italy: a cohort study.*** Lancet (2002): 359(9316), 1461-5.
18. Barcellona D, **Contu P,** Marongiu F ***Patient education and oral anticoagulant therapy.*** Haematologica (2002): 87(10):1081-6.
19. Chauvin P, **Contu P,** Durieux S, Estebanez P, Lebas J, Portugal RG, Rosenberg T, Sanchez A, Stalder H, Vincent A, Zenker H ***Prevention and Health Promotion for the Excluded and the Destitute in Europe. Institut de l'Humanitaire.*** IOS Press. Amsterdam (2002). ISBN 1-58603 275 5.
20. Marongiu F, Fenu L, Pisu G, **Contu P,** Barcellona D. ***Hyperhomocysteinemia: could the post-methionine oral loading test sometimes be avoided?*** Haematologica (2003): 186-191.

Progetto di Educazione Sanitaria nel Centro Diurno per disturbi mentali nella Azienda USL 7 di Carbonia.

I bambini delle Scuole dell'Infanzia e della Scuola Primaria Promotori di Salute: lotta contro le barriere mentali attraverso la realizzazione di laboratori e la condivisione di spazi e tempi nel Centro Diurno .

1) ELEMENTI IDENTIFICATIVI DEL PROGETTO.

Ente proponente	**Centro Salute Mentale Azienda USL 7 Carbonia**
Direttore dell'Azienda	**Dr. Emilio Simeone**
Responsabile e coordinatore del Progetto	**Dr. Antonio Cesare Gerini**
Ente Collaboratore	**Dipartimento di Sanità Pubblica Laboratorio di Epidemiologia e Promozione della salute Università degli Studi di Cagliari**
Responsabile collaborazione	**Prof. Paolo Contu**
Titolo del Progetto	***Progetto di Educazione Sanitaria nel Centro Diurno per disturbi mentali nella Azienda USL 7 di Carbonia. I bambini delle scuole dell'infanzia e della scuola primaria promotori di salute: lotta contro le barriere mentali attraverso la realizzazione di laboratori e la condivisione di spazi e tempi nel Centro Diurno .***
Tipo di Progetto	**Progetto Pilota, creazione e coordinamento di reti d'azione tra scuole cittadine di diverso grado (scuole d'infanzia e primarie) e Centro Diurno dell'Azienda USL, impegno operativo finalizzato al perseguimento di una lotta e una prevenzione dei pregiudizi contro i disturbi mentali .**
Metodologia	**Collaborazione, partecipazione nella realizzazione delle attività, valutazione dei risultati**
Durata	**Tre anni**
Area territoriale	**Centro Diurno per disturbi mentali CSM Azienda USL 7 Carbonia**

3) OBIETTIVI

L'obiettivo prioritario del progetto pilota **"Progetto di Educazione Sanitaria nel Centro Diurno per disturbi mentali nella Azienda USL 7 di Carbonia. I bambini delle scuole dell'infanzia e della scuola primaria promotori di salute: lotta contro le barriere mentali attraverso la realizzazione di laboratori e la condivisione di spazi e tempi nel Centro Diurno"** è la Promozione di una metodologia che favorisca l'interazione e la partecipazione di alunni, famiglie, operatori e pazienti attraverso la realizzazione di attività in comune all'interno del Centro Diurno o la scuola stessa. Il fine è la formazione pedagogica (aspetto educativo e didattico) e la prevenzione e la lotta dei fenomeni di pregiudizio nei confronti delle persone con disturbo mentale. Il Progetto integrato si rivolge a minori di età compresa tra 3 e 5 anni (scuola dell'infanzia) e tra i 6 e 11 anni (scuola primaria) con la presenza partecipata delle insegnanti di classe e dei genitori o della famiglia (fratelli, zii, nonni .. di età pari o superiore ai 18 anni) che partecipano a rotazione alla realizzazione del progetto nelle sue diverse fasi.

La durata del progetto è prevista in tre anni.

La strategia essenziale è la promozione e lo sviluppo di interventi che abbiano rilievo dal punto di vista socio-sanitario e socio-pedagogico: gli elementi chiave sono la partecipazione, l'interazione "alunno-adulto", e la collaborazione e integrazione funzionale ed operativa dei servizi della Azienda Usl e delle istituzioni educative. Operatori sanitari, sociali, volontari, famiglie e pazienti dovranno interagire su un medesimo piano di lavoro tenendo presente i diversi livelli dello stesso per consentire uno scambio critico e responsabile.

La valutazione finale del progetto sarà data dai risultati valutabili dalla partecipazione da parte delle istituzioni partecipanti e dalla valutazione partecipativa degli alunni.

Al termine del progetto ci si propone di costruire modelli di azione estensibili nell'ambito delle Istituzioni scolastiche di ogni ordine e grado di Carbonia o del Sulcis Iglesiente, e in un secondo momento anche al Servizio Materno Infantile al fine di sensibilizzare e prendersi cura di disturbi neuro-psichiatrici dell'età evolutiva in termini anche preventivi abbracciando anche la sfera del disagio sociale e socio-educativa oltre il disagio sanitario (disturbi dell'apprendimento, disturbi neuro-psichici e comportamentali, educativi...).

Il confronto multiplo tra esperienze nel settore di Promozione della Salute consente una **valutazione scientifica dei risultati**. Per questo progetto, con un aspetto di originalità alla sperimentazione in questione attraverso una più ampia strategia di integrazione e cooperazione intersettoriale, tale confronto è garantito da altri studi-ricerche condotti da diversi Centri Europei o nazionali.

Metodologia: cooperazione intersettoriale tra Scuole coinvolte, gli operatori del Centro Diurno, Azienda Usl 7, Università di Cagliari; partecipazione e coinvolgimento attivo dei bambini, degli utenti del Centro diurno, delle famiglie.

4)Obiettivi intermedi

a) Il Progetto ha come obiettivo intermedi quello di offrire momenti con valenza altamente pedagogica e formativa per l'infanzia con caratteristiche educative, formative, ludiche, culturali e socializzanti all'interno del centro Diurno e a scuola, dove le famiglie, le figure adulte di riferimento degli stessi minori, i docenti, i cittadini, gli operatori istituzionali e volontari ritrovano uno spazio ("Centro Diurno") di scambio e di crescita comunicativa biunivoca tra adulti-operatori-bambini-animali, promuovendo una cultura nella Comunità e dello stare insieme, e quindi divenendo promotori di salute e iniziando un percorso di abbattimento contro le barriere mentali nei confronti delle "diversità" o "alterità" mediate un avvicinamento diretto e concreto con la propria persona e gli altri attraverso la partecipazione e il coinvolgimento.

b) *Stimolare e sostenere i processi evolutivi:* favorire l'armonico sviluppo psico-fisico e sociale dei bambini attraverso azioni educative-formative interagendo e collaborando con le famiglie, con la comunità del Centro diurno, con altri alunni, con gli adulti, con gli animali della fattoria e la natura.
c) *Promuovere l'autonomia propria dell'età attraverso il gioco e le attività di laboratorio:* le attività ludiche o di intrattenimento come metodologia e punto di forza per sperimentare attività comuni, per favorire la comunicazione e promuovere l'autonomia e la criticità dei bambini;
d) *Stimolare il confronto e la comunicazione tra le famiglie:*
e) *Favorire l'aggregazione sociale tra le famiglie ed eventuali altre figure di riferimento*: molteplici obiettivi riconducibili ad un unico obiettivo, cioè quello di creare occasioni d'incontro, di riflessioni, di informazione.
f) *Favorire forme di aggregazione per la gestione di attività per l'infanzia* : formazione ed informazione alle famiglie, alla comunità, alle istituzioni pubbliche (Comune, Scuole,...) sulle valenze educative e sociali che si vengono a creare in centri predisposti per l'assistenza di persone con problematiche sanitarie promuovendo forme di partecipazione attiva ;
g) *Promuovere un cultura della Salute come risorsa nella comunità coinvolgendo strutture e organizzazioni pubbliche e private*: l'elemento chiave del progetto sarà la relazione "bambino-adulto" grazie alla preziosa collaborazione tra le famiglie, i bambini, i docenti e gli operatori del progetto. Si coglierà un'opportunità non indifferente, di instaurare relazioni significative sul piano emotivo e costruttivo.

5)LINEE D'AZIONE:

L'obiettivo prioritario del progetto è la Promozione di una metodologia che favorisca l'interazione e la partecipazione di alunni, famiglie, operatori e pazienti attraverso la realizzazione di attività in comune all'interno del Centro Diurno o la scuola stessa. Il fine è la formazione pedagogica (aspetto educativo e didattico) e la prevenzione e la lotta dei fenomeni di pregiudizio nei confronti delle persone con disturbo mentale, e la contempo promuovere la salute dei pazienti del Centro Diurno che divengono "tutor" di ogni gruppo classe nella realizzazione delle attività e promuovere la crescita e la formazione del bambino come individuo (nel rispetto delle diversità, della dignità umana) e come alunno (stimolando l'osservazione, l'apprendimento e sviluppando le conoscenze didattiche, favorendo il confronto, la socializzazione con il gruppo dei pari e con adulti etc).
Il progetto si propone di sviluppare una serie di azioni obiettivo nell'arco di due anni: la valutazione e la progettazione continua permetteranno un uso della metodologia da parte degli operatori del settore sociale, educativo e sanitario.

Tali azioni vedranno coinvolti diversi componenti dell'ambiente sociale e sanitario (Sanità, servizi sociali, Scuole, pazienti, famiglie, e di riflesso la Comunità) e mirano in modo specifico a:

- Perseguire l'obiettivo Primario di migliorare la qualità della vita e del benessere individuale e sociale come previsto dal nuovo concetto di Salute dell'OMS 1947;
- Stimolare i bambini ad un coinvolgimento emotivo-relazionale, e a sviluppare capacità critiche di osservazione delle diversità che lo circondano nel rispetto delle stesse attraverso la conoscenza e la comprensione;
- Costruire una rete di collegamento con le risorse presenti nel territorio per condurre una programmazione di intervento sistematica continuativa nel tempo, e non sporadica, al fine di evitare una dispersione di risorse e quindi tali da vanificarne i risultati.

1) Alunni	Incontri periodici guidati dagli educatori, dai volontari, dai docenti, dai supervisori per la realizzazione e la crescita della persona nella sua interezza, stimolando altresì le capacità cognitive e l'apprendimento di diverse tematiche. L'articolazione del lavoro nella giornata al Centro Diurno sarà adeguata alle esigenze dipendente dallo sviluppo di

	ciascun gruppo classe.
2) **GRUPPO di LAVORO :** **a) VETERINARIO,** **b) DOCENTI** **c) Alunni** **d) Genitori** **d) Gruppo di lavoro del Centro Diurno** **e) Gruppo di lavoro dell'Università**	a) Responsabile formatore-informatore sugli aspetti igienico sanitari, etologici e comportamentali degli animali della fattoria e da compagnia; b) Coordinamento e programmazione didattica, consulenza educativa, coordinatori articolazione della giornata in sede del Centro Diurno e in sede scolastica in collegamento con il gruppo di lavoro del Centro diurno e con il gruppo di genitori; c) Attori principali del progetto: il bambino attraverso il gioco, la manipolazione, l'animazione, il rapporto con gli animali... avrà modo di sperimentare e di scoprire sé stesso e gli altri, e potrà vedere realizzato la sua opera in diversi prodotti finali come la raccolta di coltivazioni agricole o manifestazioni teatrali. d) Incontri periodici nella struttura per partecipare alla realizzazione delle attività del progetto e per iniziare al sfida contro le barriere mentali; **e)** Coordinamento e programmazione attività da realizzare con la scuola in sede del Centro Diurno, individuazione "tutor" responsabile dell'insegnamento all'interno degli specifici laboratori con la supervisione di un educatore o volontario; **f)** Osservazione sistematica, raccolta dati elaborazione e valutazione , responsabile stesura rapporto finale dello studio
4) **ENTI PUBBLICI:** **Comune, Azienda Usl, Agenzie educative e formative.**	Contatti interistituzionali: intese e accordi di programma tra Comune, Azienda Usl e scuole; diffusione dei risultati e coinvolgimento della comunità

6) ATTIVITA' PREVISTE

- Costituzione del gruppo di lavoro: responsabile del Centro di salute Mentale dell'Azienda USL 7 di Carbonia, veterinario, educatori, volontari, alunni, docenti e genitori, collaboratori dell'Università.
- Studio e analisi dei bisogni del centro diurno e delle scuole;
- Individuazione delle scuole;
- Costituzione dei gruppi di bambini omogenei per fasce di età e individuazione tutor tra i volontari del Centro Diurno;
- Adeguamento degli spazi esterni alla struttura, e di uno spazio all'interno della medesima struttura per attuare il servizio anche in periodi in cui le condizioni metereologiche non permettono lo svolgimento regolare delle attività all'aperto;
- Individuazione e predisposizione del locale per gli incontri periodici di formazione e informazione, di programmazione e di confronto tra gli operatori e i responsabili del progetto (Azienda Usl e Università);
- Predisposizione dei formulari da utilizzare per la raccolta dei dati e delle osservazioni durante e al termine di ogni incontro;
- Predisposizione e realizzazione di giornalini di classe, raccolta di disegni o brani realizzati dai bambini delle scuole al termine di ogni incontro e durante tutta la durata del progetto;

- Collaborazione con i servizi del comune, con la scuola e con l'Azienda Usl, per pianificare una programmazione sistematica continuativa e coerente secondo uno schema operativo comune e di scambio;
- Valutazioni continue, raccolta dati e stesura di una relazione scientifica;
- Valutazione finale.

1) **ALUNNI: Incontri periodici guidati dai docenti e dai volontari del Centro diurno che saranno Tutor di ogni gruppo al fine di creare una relazione affettivo relazionale con la realtà circostante e con il gruppo (bambini e adulti) capace di attivare quei meccanismi altamente pedagogici e significativi per promuovere la Salute.**

Obiettivo generale.

Creare una relazioni con la realtà del centro diurno al fine di prevenire le situazioni di pregiudizio nei riguardi di persone affette da disturbi mentali attraverso relazioni affettive relazionali basilari per divenire Promotori di salute accrescendo le potenzialità dei diversi soggetti partecipi del progetto attraverso il divertimento ludico, e l'applicazione nei diversi laboratori e l'intrattenimento piacevole che si viene a creare con l'incontro degli animali della fattoria e la natura.

Contenuti. Interazione tra operatori - pazienti - animali - ambiente – bambini- genitori, per una crescita critica e ricca di scambi. Coinvolgimento degli alunni nelle diverse attività che si svolgono all'interno del Centro Diurno in particolar modo attraverso la partecipazione nell'ambito dei laboratori legati alla vita della natura e degli animali, della produzione e intero ciclo della vita e della produzione alimentare, del teatro, etc.

I bambini saranno attori nelle specifiche attività, si prenderanno cura degli animali, dell'ambiente naturale circostante adattato a misura di bambino, e riprodurranno le proprie esperienze in diversi elaborati personali o di gruppo. Inoltre, le attività teatrali saranno ideate e pensate sempre dai bambini in collaborazione con i pazienti, i docenti e il gruppo di lavoro al completo.

Il programma prevede anche la raccolta di elaborati scritti e/o grafico-pittorici eseguiti dai piccoli, che dovranno esprimere liberamente (senza guida o indicazioni) le proprie emozioni e quanto hanno appreso dall'esperienza al Centro Diurno.

Suddetti lavori saranno allegati alle relazioni annuali e finali come pacchetto documentativi.

Risorse.

Animali, operatori, ambiente, famiglia, bambini, volontari, docenti.

2)GRUPPO DI LAVORO: Operatori volontari e istituzionali del Centro diurno, Insegnanti, Università, bambini, genitori, responsabile Centro salute Mentale.

Obiettivo.

Avviare un percorso di Formazione-informazione sulla salute come risorsa, iniziando un percorso formativo e conoscitivo fin dalla prima infanzia

Metodologia.

Lavoro di gruppo, incontri periodici a scadenze settimanali con le classi delle scuole d'infanzia e primarie, mensili o periodici da stabilire con i responsabili del progetto e con gli operatori.

Operatori volontari e istituzionali del Centro diurno saranno responsabili del progetto, della programmazione e del coordinamento con la scuola;

I pazienti o volontari avranno un ruolo di responsabilità su ogni gruppo di alunni divenendo "tutor" la quale supervisone sarà delegata agli educatori o volontari stessi;

le Insegnanti dovranno creare un rapporto diretto con le famiglie e con gli alunni, e avranno la responsabilità pedagogica della progettazione e realizzazione tecnica delle attività, valutazione delle attività svolte dai piccoli allievi, e relazione con il gruppo di lavoro del Centro Diurno per le fasi progettuali iniziali e in itinere.

Collaborazioni Università: raccolta, elaborazione e analisi dei dati, valutazione dei risultati del progetto di promozione della salute.

Risorse.
Materiale informativo sul comportamento animale e i loro bisogni, sulla didattica zooatropologica, sullo sviluppo dell'età evolutiva e sugli aspetti psico-pedagogici e relazionali del bambino. Materiale di facile consumo, materiale fotografico, computer, video camera, testi per bambini sugli animali e la natura, poesie, commedie, materiale per colture agricole....

3) **ENTI PUBBLICI: Comune, Aziende Usl, Agenzie educative e formative**
Obiettivo.
Contatti interistituzionali: intese e accordi di programma tra comune, Azienda USL, Università, Regione; diffusione dei risultati scientifici e coinvolgimento della comunità attraverso gli alunni delle scuole che rappresentano i catalizzatori per la sensibilizzazione nei confronti delle biodiversità in generale.
Modalità.
Partecipazione Ente comunale, e agenzie formative alle valutazioni intermedie e finali. Nel caso del servizio sociale comunale e provinciale sarà indispensabile la collaborazione soprattutto laddove si constaterà la intersecazione di diversi interventi socio-educativi per il medesimo utente e famiglia interessato al progetto.
Risorse.
Relazioni, convegni e seminari, videoregistrazioni, immagini fotografiche, elaborati.

7) GIUSTIFICAZIONE

Secondo la Carta di Ottawa, la promozione della salute è il processo che consente agli individui e alle comunità di accrescere il controllo sui determinanti della propria salute e di conseguenza di migliorarla. E' un processo politico e sociale globale che include non solo azioni dirette a rafforzare competenze e capacità degli individui, ma anche azioni orientate al cambiamento delle condizioni sociali, ambientali ed economiche in modo da modificare il loro impatto sulla salute collettiva e individuale. Per conseguire lo stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, definito nella costituzione dell'OMS (1948), l'individuo o il gruppo devono essere in grado di identificare e realizzare le proprie aspirazioni, di soddisfare i propri bisogni, di modificare l'ambiente o di adattarvisi. La salute è pertanto una risorsa per la vita di tutti i giorni, non il fine della vita. E' un concetto positivo, che tiene conto delle risorse sociali e individuali, quanto delle capacità fisiche. Successive conferenze internazionali hanno chiarito ulteriormente le strategie di promozione della salute: Healthy Public Policy (Adelaide, 1988) e Supportive Environments for Health (Sundsvall, 1991). A 15 anni di distanza, la 4ª Conferenza Internazionale sulla Promozione della Salute - New Players for a New Era: Leading Health Promotion into the 21st Century, ha preso atto di come la ricerca condotta in tutto il mondo abbia provato, con evidenza scientifica, che le strategie di promozione della salute sono capaci di modificare sia gli stili di vita che le condizioni sociali, economiche e ambientali, riducendo in modo significativo le disuguaglianze in salute. La riduzione delle disuguaglianze è il tema centrale della conferenza del 2000: Health Promotion: Briding the Equity Gap (Città del Messico, 2000).

COLLABORAZIONE INTERSETTORIALE: COSTRUIRE POLITICHE PER LA SALUTE

Il settore sanitario deve orientarsi sempre più verso la prospettiva della promozione della salute instaurando, al di là della sua responsabilità nell'offerta di servizi clinici e curativi, relazioni di collaborazione intersettoriale per assicurare la salute e la protezione dai rischi nell'ambiente fisico, economico e sociale.
Innanzitutto i sistemi sanitari devono fondarsi sull'assistenza di primo livello al fine di soddisfare i bisogni di base della comunità attraverso servizi che siano ubicati il più vicino possibile al luogo di

vita e di lavoro delle persone, che siano di facile accesso, forniscano assistenza di qualità e coinvolgano la comunità nella gestione delle istituzioni sanitarie complementari pubbliche, private e del volontariato.
In secondo luogo, è necessaria l'azione coordinata di tutti coloro che sono interessati alla salute: governi e autorità locali, settori sanitari, sociali e economici, organizzazioni non governative e del volontariato, industria e mezzi di comunicazione. I gruppi professionali e sociali e il personale sanitario hanno un ruolo fondamentale nel portare il tema salute all'attenzione dei responsabili delle scelte in tutti i settori e livelli, rendendoli consapevoli delle conseguenze delle loro decisioni e richiamandoli alle loro responsabilità in merito (advocacy for health), e nel mediare tra i diversi interessi presenti nella società.

La conferenza di Jakarta riassume gli obiettivi da perseguire: evitare azioni che possano danneggiare la salute; proteggere l'ambiente e assicurare un uso sostenibile delle risorse; porre restrizioni alla produzione e al commercio di sostanze dannose per la salute come tabacco e armi e alle pratiche di mercato contrarie alla salute
garantire a sicurezza dei cittadini rispetto al mercato e quella degli individui sul posto di lavoro; verificare l'impatto sull'equità nella salute delle politiche adottate. E' evidente come tali obiettivi richiedano il coinvolgimento dell'intera società.
Il Programma di azione dell'Unione Europea della Comunità su promozione della salute, informazione, educazione e formazione nel campo della sanità pubblica 1996 - 2000 adottato nel 1996. In tale documento la Comunità Europea incoraggia approcci intersettoriali e multidisciplinari alla promozione della salute, l'adozione di stili di vita sani e promuove la consapevolezza sui determinanti negativi e positivi di salute, identifica la scuola e altri "settings" come comunità locali, luoghi di lavoro e ospedali, come luoghi centrali per l'educazione sanitaria. "Settings for health" rappresenta un'infrastruttura ideale per mettere in pratica i principi di collaborazione intersettoriale, consentendo di sviluppare strategie globali che combinino metodi e approcci differenti. Diversi programmi sono stati sviluppati nell'ambito di "Settings for health": città, scuole, metropoli, isole, ospedali, mercati, posti di lavoro. La scuola deve essere integrata nella vita della propria comunità di riferimento sia mediante l'utilizzazione delle strutture e delle risorse disponibili nel territorio, che offrendo la scuola come risorsa per la comunità e per le sue iniziative e necessità. In particolare la scuola deve essere aperta alla collaborazione con le organizzazioni pubbliche e private che operano nella comunità e può rappresentare un punto di riferimento per centri di aggregazione, di ascolto, di mutuo supporto.

PARTECIPAZIONE DELLA COMUNITÀ E EMPOWERMENT

I documenti dell'OMS attribuiscono alla salute una dimensione positiva, incentrata sulle risorse sociali e personali, oltre che sulle capacità fisiche e pertanto la partecipazione della comunità non è solo uno strumento per la promozione della salute, ma anche una componente della salute e pertanto un fine in sé.
Per la Conferenza di Jakarta, la promozione della salute è condotta dalla comunità e con la comunità, non sulla comunità o per la comunità. Accresce le capacità d'azione di individui e comunità nell'influenzare i determinanti di salute. I cittadini devono essere al centro dei programmi di promozione della salute e partecipare efficacemente ai processi decisionali. Lo sviluppo della comunità attinge alle risorse umane e materiali presenti nella comunità stessa per favorire l'auto-aiuto e la solidarietà sociale e per elaborare sistemi flessibili diretti al rafforzamento della partecipazione e della gestione diretta dei problemi relativi alla salute. Non è possibile conseguire il proprio pieno potenziale di salute se non si assume il controllo dei suoi determinanti. La promozione della salute opera mediante una concreta ed efficace partecipazione della comunità nel definire le priorità, nel prendere decisioni, nel pianificare e realizzare strategie verso la salute. Al cuore di tale processo sta l'empowerment (conferimento di capacità e di potere): la comunità che acquisisce la capacità di controllare le proprie aspirazioni e il proprio destino. Questo approccio favorisce l'utilizzo ottimale delle risorse umane, accresce le conoscenze individuali e rafforza la

fiducia nelle proprie capacità ed inoltre fornisce sostegno a livello sociale. L'accesso alla formazione, acquisizione della capacità di leadership e di competenze tecnico-operative, all'informazione, alle risorse e ai processi decisionali sono essenziali per rendere possibile una partecipazione efficace e un empowerment degli individui e delle comunità. In tal modo la promozione della salute accresce le opzioni disponibili ai cittadini per esercitare un maggiore controllo sulla propria salute e sul proprio ambiente e per esercitare scelte sane.
Sulla base di tali affermazioni è evidente come non sia indifferente raggiungere un obiettivo mediante un approccio partecipativo o mediante un'azione diretta e condotta dalle autorità sanitarie.
La partecipazione può assumere diverse forme, che variano da un minimo in cui i cittadini sono informati sul programma e le attività e coinvolti rispondendo a interviste e ponendo domande (partecipazione per informazione) a livelli intermedi in cui cittadini sono consultati (partecipazione per consultazione) o coinvolti nel processo decisionale, nello sviluppo del programma e delle attività (partecipazione funzionale), ma gli esperti mantengono l'ultima parola sulle decisioni finali.
Si può parlare di vera partecipazione solo quando c'è piena collaborazione tra cittadini ed esperti nella programmazione e realizzazione delle attività, le decisioni sono prese congiuntamente e i cittadini contribuiscono al reperimento delle risorse (partecipazione interattiva) o quando i cittadini prendono le decisioni, sviluppano i contatti in modo autonomo, hanno pieno controllo sul programma e la realizzazione delle attività, reperiscono la maggior parte delle risorse e controllano la loro allocazione.
EQUITA'
La carta di Ottawa pone a fondamento della promozione della salute l'equità nella salute e pone come obiettivo fondamentale la riduzione delle differenze nello stato di salute, garantendo a tutti gli individui pari opportunità e risorse che li rendano capaci di conseguire il proprio pieno potenziale di salute. La conferenza di Jakarta sottolinea come gli investimenti per la salute dovrebbero riflettere i bisogni di gruppi specifici come donne, bambini, anziani, indigeni, popolazioni povere ed emarginate.
Le linee guida dell'EUROPROMED includono una specifica raccomandazione sulla necessità di coinvolgere le comunità marginali nella pianificazione e nella valutazione delle azioni di promozione della salute che li riguardano. A tale proposito va considerato come la partecipazione della comunità è vera partecipazione solo quando gli interessi e gli obiettivi di tutti sono presi equamente in considerazione. In realtà la partecipazione è più efficace tra coloro che hanno esperienze di leadership, che appartengono più frequentemente ai gruppi di livello socio-economico più alto.

DIMENSIONE TERRITORIALE E SOCIALE DEL PROGETTO
La caratteristica essenziale del progetto è la collaborazione intersettoriale tra Comunità e Scuola dell'infanzia e primaria.

Col progetto gli alunni hanno l'opportunità di frequentare:

una popolazione con disturbi mentali che trarrà beneficio dall'essere utile nel portare avanti un rapporto con la comunità locale e sarà risorsa per la crescita di ogni bambino come individuo;

l'ambiente e l'educazione al rispetto alla biodiversità, i cicli di produzione alimentare, creazione e ideazione di manifestazioni teatrali, e la partecipazione alla intera vita del Centro Diurno in toto.

Riferimenti principali per la validità scientifica del progetto:

1. Ashton J, Seymour H. The New Public Health. Buckingam UK: Open University, 1988.
2. Ashton J. Healthy Cities. Buckingam UK: Open University Press, 1992.
3. Byrne D The European Community's future strategy in the field of public health. Eurohealth, 5, 5-6, 1999.
4. Boonekamp G.M.M, Vaandrager H.W Koelen M.A., Kennedy Haynes L Travelling through health promotion land; guidelines for developing & sustaining health promotion programmes,derived from an European Experience. Valencia. Institut Valencia d'Estudis en Salut Publica (IVESP), 1995.
5. Chauvin P, Contu P, Durieux S, Estebanez P, Lebas J, Portugal RG, Rosenberg T, Sanchez A, Stalder H, Vincent A, Zenker H Prevention and Health Promotion for the Excluded and Destitute in Europe. Institut de l'Humanitaire. Etudes et recherches. Paris, 1999.
6. Commission of the Eurpean Communities. Commission communication on the framework for action in the field of public health. Brussels, 1993,
7. Dahrendorf R. Economic opportunity, civil society, and political liberty. UNRISD Conference "Rethinking Social Development, 1995.
8. European Union Amsterdam Treaty, 1997.
9. Hurrelmann K., Leppin A., Nordlohne E. Promoting health in schools: the German example. Health Promotion International, 7, 53-59, 1995.
10. Nutbeam D Health Promotion glossary. Health Promotion International, 13, 349-364.
11. Official Journal of the European Communities. Decision 645/96/EC of the European Parliament and of the Council of 29 March 1996 adopting a programme of Community action on health promotion, information, education and training within the framework for action in the field of public health (1996 to 2000), 1996
12. Pretty J.N. Regenerating agriculture: policies and practice for sustainability and self-reliance. Earthscan Publications, London, 1995.
13. Taylor CE, Contu P Measuring community participation and changes in health behaviour in a health promotion programme in Sardegna Italy. Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica – Cagliari http://www.unica.it/~webcontu, 1997.
14. Tsouros AD. The WHO Healthy Cities Project: state of the art and future plans. Health Promotion International 100: 133-141, 1995.
15. WHO Primary Health Care: Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma Ata. WHO, Geneva, 1978.
16. WHO Targets for Health for All. WHO, Copenaghen, 1985.
17. WHO Ottawa Charter for Health Promotion. WHO, Geneva, 1986.
18. WHO The Jakarta Declaration on Health Promotion in the 21st Century. WHO, Geneva, 1997.