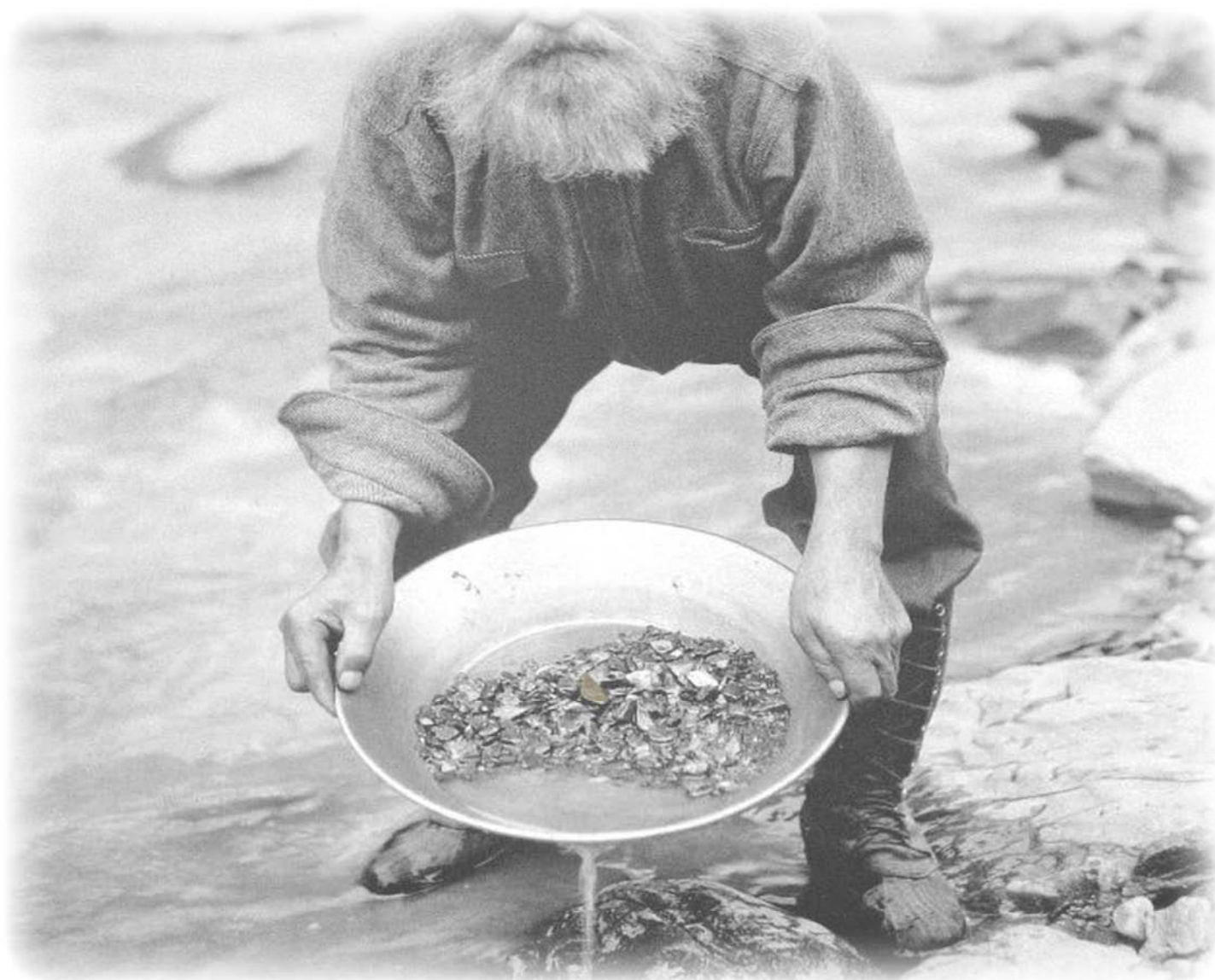


dors

Centro Regionale di Documentazione
per la Promozione della Salute

BUONE PRATICHE CERCASI

La griglia di valutazione Dors per individuare
le buone pratiche in prevenzione e
promozione della salute



Novembre 2011

Progetto grafico e impaginazione a cura di DoRS Regione Piemonte

Copia del documento è reperibile sul sito www.dors.it (area pubblicazioni/pubblicazioni dors/quaderni).

Oppure rivolgendosi al Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) – Regione Piemonte, Via Sabaudia 164, 10095 Grugliasco (TO), Tel. 011 40.188.210 - Fax - 01140.188.501- e-mail redazione.sito@dors.it

Questa pubblicazione è soggetta a licenza creative commons:



Attribuzione - Non commerciale - Condividi allo stesso modo (CC BY-NC-SA)

**Centro Regionale di Documentazione per la
Promozione della Salute, ASLTO3, Regione Piemonte**

BUONE PRATICHE CERCASI

**La griglia di valutazione Dors per
individuare le buone pratiche in
prevenzione e promozione della salute**

**A cura di
Paola Ragazzoni, Claudio Tortone, Elena Coffano**

Novembre 2011

INDICE

- RINGRAZIAMENTI	pag 2
- INTRODUZIONE	pag 4
- PREMESSE TEORICHE	pag 6
- CHE COSA SONO LE BUONE PRATICHE?	pag 10
- LA GRIGLIA PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE BUONE PRATICHE	pag 16
- BIBLIOGRAFIA	pag 38
- ALLEGATI:	
Allegato 1: Interactive Domain Model	pag 42
Allegato 2: PRECEDE PROCEED	pag 46
Allegato 3: Swiss Best Practice Framework	pag 52
Allegato 4: Good Practice Appraisal Tool	pag 56
Allegato 5: Project Cycle Management	pag 58
Allegato 6: Glossario	pag 62
Allegato 7: Progetto "A scuola con gusto"	pag 70
Allegato 8: Progetto "Sicura la notte 2"	pag 74
Allegato 9: Progetto "Peer education e protagonismo dei ragazzi..."	pag 79
Allegato 10: Progetto "Promozione dell'attività fisica nella scuola elementare"	pag 82
Allegato 11: Progetto "Ho capito che...molto dipende da me"	pag 86

RINGRAZIAMENTI

Componenti gruppo di redazione e sperimentazione della griglia:

Elena Coffano, Luisa Dettoni, Mariella Di Pilato, Simonetta Lingua, Rita Longo, Sonia Scarponi, Alessandra Suglia, Paola Ragazzoni, Claudio Tortone.

Componenti gruppo di lettori e di consultazione (oltre ai componenti del gruppo precedente):

Mauro Brusa, ASL AL

Maria Grazia Tomaciello, ASL CN1

Elena Gelormino, Servizio di Epidemiologia ASL TO3

Lorena Charrier, Alessandro Coppo, Francesca Di Stefano, Cristiano Piccinelli, Centro Prevenzione Oncologica (CPO) Piemonte

Tatiana Begotti, Manuela Bina, Gabriella Borca, Emanuela Calandri, Federica Graziano, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo Università degli Studi di Torino

Alessio Zambon, Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Torino

Angela Donna, Piera Arata, M.I.U.R. Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte

Giovanna Corni, Ufficio Scolastico Provinciale di Torino

Patrizia Brigoni, Paola Capra, DoRS Regione Piemonte ASL TO3.

Inoltre ringraziamo le colleghe e i colleghi di altre Istituzioni e Organizzazioni che con esperienza, professionalità, consigli e commenti hanno contribuito alla costruzione della Griglia per l'individuazione delle buone pratiche.

INTRODUZIONE

Elena Coffano

Bernardo di Chartres diceva che noi siamo come nani che siedono sulle spalle di giganti, di modo che possiamo vedere più cose e più lontano di loro, non con l'acutezza del nostro sguardo o con l'altezza del corpo, ma perché siamo portati più in alto e siamo sollevati ad altezza gigantesca
Giovanni di Salisbury (XII secolo)

Qualche anno fa, durante un mio breve soggiorno in Marocco, un artigiano mi spiegò che era per lui ed i suoi colleghi consuetudine lasciare un impercettibile difetto nei propri manufatti, perché ogni opera umana è imperfetta e non deve sfidare la perfezione del Creatore: un'imperfezione dunque consapevolmente prodotta, che nulla però toglieva alla funzionalità e alla bellezza degli oggetti, riprodotti più volte ma sempre in qualche modo unici.

Questo episodio mi è tornato alla mente proprio ripensando al lungo ragionamento sulle “buone pratiche”, che, con l'aiuto di alcuni amici preziosi, ha rappresentato per Dors negli ultimi anni il contrappunto costante alle attività sul campo e di cui questo quaderno è il primo prodotto pubblicato.

Le buone pratiche di cui parliamo non sono prodotti perfetti; ma se i difetti che possono contenere non sono inseriti ad arte come quelli degli artigiani di Marrakech, di sicuro esse hanno in comune con quegli oggetti il fatto di essere funzionali, belle e in qualche misura riproducibili: funzionali, perché raggiungono efficacemente gli obiettivi di salute dichiarati; belle, perché lo fanno con grande creatività, utilizzando al meglio risorse, competenze, relazioni, opportunità; riproducibili, perché si sforzano di darne conto “svelando” processi e strumenti, in modo che il loro percorso sia, fatte salve le specificità locali, in buona misura riproducibile e trasferibile, con una qualche garanzia di successo se condizioni di partenza e processi avviati saranno paragonabili.

Sono il “si può fare, e fare bene”, a dispetto delle titubanze metodologiche che ancora caratterizzano lo sviluppo della promozione della salute, ma soprattutto nonostante la cronica ed ingravescente carenza di risorse che la affligge nel nostro paese; vale proprio la pena allora trovare il modo di individuare le buone pratiche, valorizzarle, farle conoscere ed utilizzare, perché da esse s'innesci un circolo virtuoso di qualità e innovazione sostenibile.

Non solo occorre individuare criteri e strumenti condivisi, o almeno confrontabili, e applicarli per individuare le azioni esemplari ed esportabili in altre situazioni; è altrettanto importante disegnare le vie più efficaci per disseminarne la conoscenza, perché altri le adottino a loro volta, contribuendo a migliorarle: magari non si tratterà di “giganti” come nella metafora di Bernardo di Chartres, ma successivi passaggi di affinamento possono farle continuamente crescere.

In questo senso una Banca dati di buone pratiche che sfrutti le possibilità del web e metta in rete il “meglio” è fondamentale: una buona pratica che non trova adeguata diffusione resta confinata là dove è nata e non contribuisce a far crescere il sistema. Fu questa la ragione che ci spinse a creare nel 2008 la banca dati Pro.Sa. per i progetti piemontesi ed ad utilizzarla poi in una “palestra” nazionale per una ricognizione sugli interventi per gli adolescenti finanziata dal CCM¹ e che sostiene oggi la collaborazione avviata con il Centro

¹ Dors - Guadagnare Salute in adolescenza: ricognizione delle esperienze di prevenzione e promozione della salute in Italia *Report finale* Agosto 2009 ([http://www.dors.it/public/ar3601/ REPORT progetto Adolescenti .pdf](http://www.dors.it/public/ar3601/REPORT progetto Adolescenti .pdf))

Nazionale di Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute (CNESPS) nell'ambito delle attività di Guadagnare Salute. Ne è conseguita la sperimentazione di Pro.Sa. a livello interregionale, attraverso un gruppo di lavoro nazionale, potenziandone le funzionalità, specialmente rispetto al suo utilizzo per le regioni in senso rendicontativo e alla possibilità di individuare le buone pratiche secondo criteri condivisi (che prenderanno le mosse dalla griglia qui presentata) e segnalarle con procedure esplicite, favorendone ed accompagnandone la disseminazione.

Sul tema poi della cosiddetta knowledge translation², di cui la disseminazione dei risultati della ricerca – accademica e sul campo - è solo una delle leve fondamentali, Dors continuerà ad investire nel prossimo futuro.

Ecco cosa troverete nel documento:

- partiamo un po' "da lontano", riprendendo (*Premesse Teoriche*) concetti e modelli di riferimento, in modo da sviluppare il nostro ragionamento prendendo le mosse da un esplicito scenario epistemologico
- cerchiamo poi di precisare il concetto di buona pratica (*Cosa sono le buone pratiche?*) ed in quali rapporti stanno rispetto all'Evidence Based Health Promotion
- proponiamo a questo punto (*Il nostro contributo: la Griglia per l'individuazione di buone pratiche*) lo strumento elaborato dal nostro gruppo: le fonti, le sperimentazioni condotte e la sua evoluzione fino all'attuale versione
- in allegato presentiamo una *sintesi dei modelli/strumenti* per la progettazione e/o l'individuazione di buone pratiche in promozione della salute, tratti dalla letteratura internazionale, che abbiamo utilizzato come riferimento (*Interactive Domain Model, PRECEDE-PROCEED, Swiss Best Practice Framework, Good Practice Appraisal Tool*), un *Glossario* dei principali termini utilizzati nella griglia, e *5 esempi* di applicazione della griglia ad altrettanti progetti presenti nella Banca Dati Pro.Sa, realizzati in Piemonte negli scorsi anni con un finanziamento regionale.

Di certo anche questo nostro prodotto non è perfetto e chiediamo venia fin d'ora ai lettori per le omissioni e imprecisioni che troveranno: va considerato come una "tappa di avvicinamento" ad un tema che, come i testi in bibliografia dimostrano, è oggetto di grande discussione e di continui aggiornamenti da parte della comunità scientifica. E' anche per questo che non ci sono delle vere e proprie conclusioni: lasciamo aperto il discorso, e saremo grati a tutti coloro che vorranno aiutarci con i loro contributi ad arricchire la riflessione per la prossima tappa, Ne daremo puntualmente conto sul sito www.dors.it.

² Il Gruppo Sanità Pubblica della Cochrane Collaboration, da anni impegnata a fare crescere l'adozione di interventi per la salute basati sulle prove, ha messo a punto a giugno 2011 un protocollo di revisione sistematica sull'efficacia delle strategie di trasferimento delle conoscenze ai decisori rispetto a scelte di sanità pubblica che tengano conto delle evidenze: individua la disseminazione (intesa come messa in circolo e presentazione dei risultati della ricerca ai potenziali utilizzatori, in un formato adatto) fra gli interventi di trasferimento della conoscenza potenzialmente efficaci. (Armstrong et al., Knowledge translation strategies for facilitating evidence-informed public health decision making among managers and policy-makers (Protocol) – The Cochrane Library 2011, Issue 6)

PREMESSE TEORICHE

La salute costituisce da sempre un tema affascinante e variegato sia per l'ampiezza dei significati che assume nei differenti contesti sia per la continua evoluzione dei suoi significati in campo scientifico, sociale e culturale.

Nonostante l'aumento delle conoscenze in tutti i settori, sembra continuamente sfuggire una cornice di riferimento univoca e unitaria, che possa far comprendere i processi di generazione della salute nelle persone e nella comunità.

Negli anni 70, il passaggio dal paradigma biomedico (con il concetto di salute come assenza di malattia) al paradigma bio-psicosociale (Engel 1977), che introduceva il concetto di salute come benessere fisico, mentale, sociale (sancito dalla Carta di Ottawa, WHO 1986) ha rivoluzionato l'ambito della medicina preventiva e delle politiche pubbliche, con l'individuazione della promozione della salute come strategia.

È ufficialmente coniata nel 1974 da Marc Lalonde, ministro della salute e dell'assistenza del governo canadese: il suo famoso Rapporto introduceva per la prima volta in un documento ufficiale l'area della salute come oggetto separato rispetto alla tradizionale area dei servizi di cura e proponeva di sostenere economicamente i programmi orientati ai determinanti di malattia (biologici, ambientali, stili di vita individuali e natura ed estensione dei servizi sanitari).

Il Rapporto Lalonde diventa così una sorta di "manifesto" di presentazione per un movimento culturale che guarda con occhio critico all'egemonia della medicina clinica e prova ad individuare un nuovo modo di ragionare e lavorare aggregando professionalità diverse, non più subordinate a quella medica ma collegate e integrate a essa.

Con l'affermarsi del modello salutogenico (Antonovsky, 1979, 1987, 1996) l'attenzione si focalizza sul potenziamento dei fattori salutari e protettivi per la salute e viene sottolineato come l'evoluzione verso un risultato di benessere, di salute o di malattia sia un processo dinamico che si riproduce continuamente, influenzato dalla storia personale e sociale di ognuno di noi.

Si passa così da un'analisi focalizzata sul singolo problema di salute individuale, che guarda ai fattori di rischio secondo una causalità di tipo lineare, ad una visione globale dell'individuo inserito in un contesto complesso di vita e di lavoro che può essere favorevole o sfavorevole alla salute e presenta una molteplicità di ambiti.

Se quindi la promozione della salute è *"quel processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo sui determinanti della propria salute e migliorarla"* (WHO, 1986), ne consegue che il lavoro di supporto e sostegno alla salute dovrà indirizzarsi non solo allo sviluppo di conoscenze e capacità dei singoli, ma anche alla creazione di opportunità di contesto (famiglia, scuola, ambienti di lavoro e comunità, CSES, 2007), secondo un approccio che parta dalla comunità stessa e consideri i bisogni specifici e le risorse presenti a livello locale (IUHPE, 2007).

Nel concetto di *controllo*, infatti, è insita sia un'idea di capacità individuale, sia un'idea di cultura (*"controllo ciò che conosco, desidero controllare ed è possibile controllare"*) (Matricoti, 2010).

È di questi ultimi anni il dibattito culturale, professionale e scientifico in cui viene sottolineato, valorizzato e sperimentato il concetto di *health asset* ossia di risorsa (sociale, economica, fisica, ambientale, umana) che

a livello individuale, di gruppo, di comunità, agisce come fattore protettivo nei confronti dello stress e dei rischi per la salute e come fattore favorente la salute e il benessere individuale e collettivo (Morgan et al., 2010).

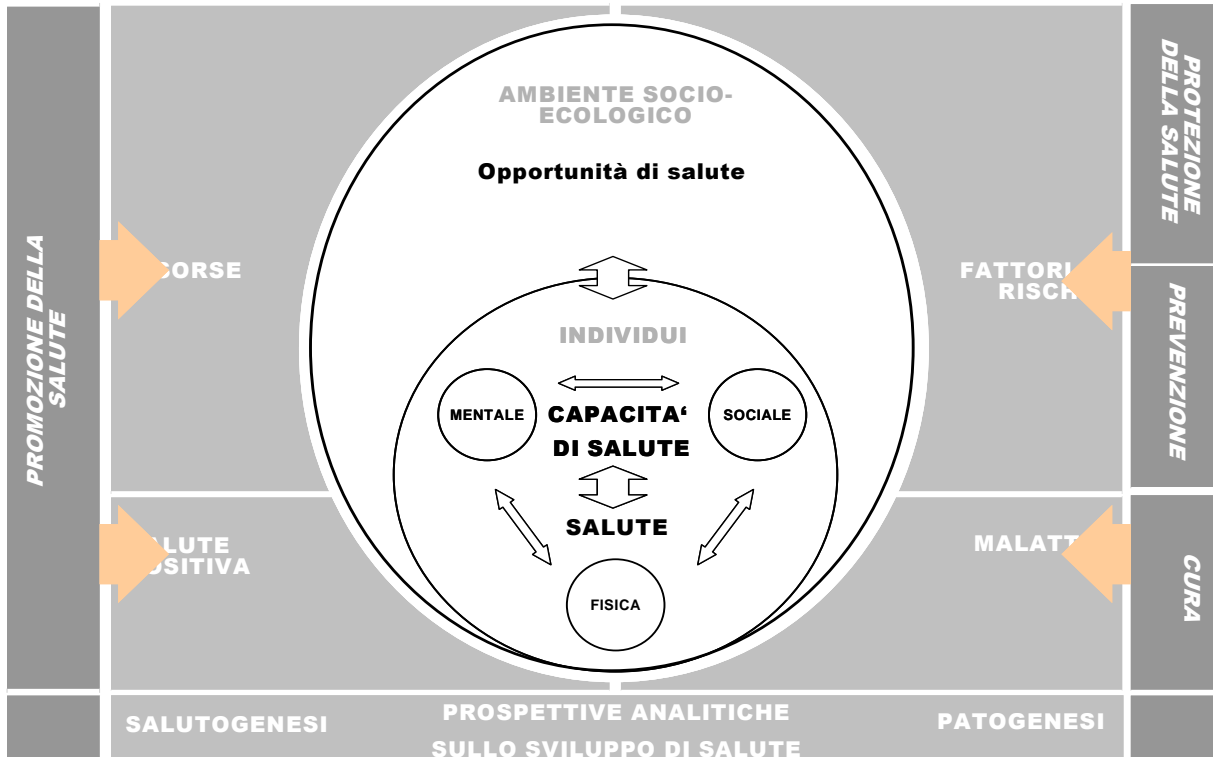
Coerentemente ai cambiamenti nei paradigmi concettuali sono cambiate le modalità operative della promozione della salute: dagli interventi di tipo esclusivamente informativo (basati su una posizione precettista, secondo cui un soggetto adulto, dopo aver ricevuto le giuste informazioni, automaticamente sarà in grado di agire in maniera favorevole per la propria salute), dimostratisi inefficaci (si veda ad esempio l'effetto delle campagne informative basate sulla semplice illustrazione dei danni del fumo) agli interventi educativi (che mirano ad incrementare le abilità dell'individuo, non solo le conoscenze) ad interventi di promozione della salute vera e propria, che agiscono a molti livelli: sulle conoscenze e le competenze individuali, l'ambiente di vita e di lavoro, la comunità e le politiche. Infatti il termine "stili di vita" presuppone che i comportamenti siano frutto di libere scelte individuali, mentre sappiamo che le "condizioni di vita" sociali economiche e culturali (living condition, Green e Kreuter, 1991) influenzano pesantemente i comportamenti degli individui che diventano quindi atti "a libertà vincolata".

Cambia quindi il concetto di risorsa utile alla modifica del comportamento dannoso per la salute, lo sguardo si allarga all'ambiente e ai processi di esplorazione di nuove opportunità (assets) di sviluppo e alla crescita individuale, collettiva e politica; il benessere e la salute diventano "bene comune", patrimonio delle singole persone che si alimenta in relazione con gli altri e con l'ambiente circostante.

Il modello di seguito illustrato (fig. 1), elaborato dal progetto *European Health Promotion Indicators Development* (EUHPID, Bauer et al, 2006) risulta una sintesi coerente e di facile comprensione dei concetti correlati al discorso sugli stili di vita, salute e valutazione d'efficacia. Il modello è basato su una prospettiva socio-ecologica di salute, con particolare attenzione alle azioni coordinate su più livelli: individuale (costruendo e potenziando le capacità di salute degli individui) e ambientale (attraverso l'offerta di opportunità per la salute).

La sua peculiarità risiede nell'aver cercato di *connettere*, e non tanto di contrapporre, le diverse prospettive (patogenetica e salutogenica in primis, ma anche medica, psicologica, sociale, ecologica, storica..) attualmente in uso nei contesti culturali, sociali, professionali e scientifici, evidenziando in quale direzione ri-orientare le azioni per promuovere salute e qualità della vita.

Fig 1: the EUHPID Health Development Model (Bauer et al 2006, figura tratta da Pocetta 2010)



L'azione a livello individuale si esplica attraverso interventi per sviluppare o restituire capacità di salute, mentre l'azione a livello socio ambientale fa leva sulla offerta delle opportunità di salute.

La promozione della salute si configura così come un *input* intenzionale nel processo di sviluppo naturale di salute, che supporta l'utilizzo di risorse e aumenta le opportunità, permettendo alle persone di avere un maggior controllo sulla propria salute al fine di migliorarla, ad esempio attraverso la "partecipazione" alla costruzione del piano terapeutico, di un progetto di promozione della salute e di una politica favorevole alla salute.

Abbiamo ripercorso rapidamente il quadro di riferimento perché solo a partire dalla sua evoluzione può essere letta e compresa la ricerca sulla valutazione di efficacia, secondo un modello che individua non solo i determinanti dei comportamenti a livello individuale ma rilegge gli stimoli di cambiamento di un intervento intenzionale (per favorire ad esempio l'attività fisica e una corretta alimentazione) alla luce delle opportunità del contesto e dando rilievo ai fattori protettivi.

Anche la strategia europea e italiana di *Guadagnare Salute* è un forte richiamo ad aumentare gli investimenti sul miglioramento del benessere delle persone e delle comunità, attraverso il potenziamento delle loro risorse e potenzialità. Ci deve far riflettere il fatto che in Europa almeno l'86% delle morti e il 77% del carico di malattia siano dovute a patologie cronico degenerative in gran parte contrastabili, accomunate dai medesimi fattori di rischio e determinanti, nei confronti dei quali sono state intraprese numerose azioni negli ultimi anni. Questo quanto meno deve indurre il sospetto che le azioni finora intraprese (interventi, programmi e politiche) non siano state sufficientemente efficaci, integrate e costruite in un'ottica di rete (Coffano, Tortone, 2007).

L'aggiornamento del Glossario OMS (WHO, 2006), infine, ha introdotto tre termini che si sono dimostrati fondamentali per il successo degli interventi: azioni sostenibili, promozione della salute basata sulle prove di efficacia e costruzione di competenze.

Questi tre concetti (**sostenibilità, prove di efficacia e competenze**³) ci introducono al tema delle **best practice**, ambito che tenta di colmare la distanza concettuale tra ricerca scientifica e pratica, incrementando l'efficacia pratica (*effectiveness*⁴).

³ *Glossario* pag. 52

⁴ *ibidem*

COSA SONO LE BUONE PRATICHE?

Per *best practice* di promozione della salute intendiamo qui, secondo la definizione di Kahan e Goodstadt (2001) “quegli insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione”.

In accordo con tale definizione, “buona pratica” è quindi un intervento che risponde al soddisfacimento di una serie di criteri comunemente condivisi, sintetizzabili in:

- fondamento teorico
- etica
- provata efficacia (teorica e pratica)
- approccio partecipativo e collaborativo
- rispondenza ai bisogni dei destinatari
- disponibilità di risorse
- efficienza e sostenibilità.

La traduzione fedele di *best practice* è *migliori pratiche*: tale terminologia presuppone tuttavia un valore assoluto (le migliori tra tutte quelle disponibili), difficilmente applicabile alle conoscenze scientifiche (che accrescono, e si evolvono e si modificano nel tempo, oltre a poter essere falsificate e sostituite da nuovi modelli). Quindi consideriamo più corretto tradurre il termine *best* con *buone* (nel senso di ben costruite, coerenti rispetto a valori, obiettivi, teorie e prove di efficacia della promozione della salute) per sottolineare la relatività della valutazione di una pratica rispetto al tempo e al contesto in cui avviene, senza alcuna pretesa di valore assoluto.

Analizzando e valorizzando le “buone pratiche” diventa possibile prendere decisioni basate sulla specifica applicazione dei principi alla base della promozione della salute, utilizzando prove di efficacia e teorie scientifiche disponibili per assumere decisioni “informate”. Infatti Tannahill (2008) sollecita un passaggio da una pratica “basata” sulle prove di efficacia scientifiche a una pratica “informata” sulle prove scientifiche, in modo da adattarle in maniera critica e ragionata al contesto di applicazione⁵.

Secondo tale autore, i *valori etici* fondamentali per la promozione della salute e la sanità pubblica sono:

- portare beneficio: attenzione focalizzata sui miglioramenti della salute della popolazione non solo del singolo individuo (efficacia degli interventi nella realtà)
- evitare il danno (attenzione a bilanciare benefici-danni nella popolazione generale perché un intervento che porta beneficio ad alcuni può recare danno ad altri)
- equità nella salute (giustizia sociale e distributiva)
- rispetto (stima di sé a livello individuale e rispetto per quanto gli altri fanno e per come lo fanno, a tutti i livelli dall'individuale alla comunità)
- empowerment individuale e di comunità, ossia il processo dell'azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie

⁵ Anche il citato recente protocollo Cochrane parla di “evidence-informed public health decision making”

vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico per migliorare l'equità e la qualità di vita (Wallerstein, 2006)

- sostenibilità (nel tempo, attenzione alle risorse umane e ambientali, sviluppo sostenibile, programmazione politica)
- responsabilità sociale condivisa per la salute (Rootman et al, 2001; Lamprecht e Stamm, 2005; VicHealth 2006)
- partecipazione (fare le cose *con* le persone, non *alle* persone o *per* le persone) (Ripamonti 2011)
- apertura/trasparenza (uso dei principi etici, documentazione, dialogo costruttivo) (Tennyson, 2006; Noack, 2006)
- possibilità di rendicontare (Accountability) rispetto ai risultati, all'uso delle risorse, alla conformità ai valori etici della promozione della salute, in 5 livelli di governo: clinico, finanziario, del personale, ambientale, etico.

ACCOUNTABILITY

Il dizionario traduce il termine inglese «accountability» con «responsabilità». Nella cooperazione allo sviluppo, il termine è utilizzato ogniqualvolta si ha a che fare con l'«accountable», in altre parole, il responsabile, colui che dirige un progetto, un programma o una misura d'intervento. E, dunque, tale «accountable» può essere un governo o un ministero, così come la Banca Mondiale, un manager o il singolo responsabile di un progetto. Accountability è, in fondo, l'esatto contrario di arbitrio, essa presuppone trasparenza, garanzie, assunzione di responsabilità e rendiconto sulle attività svolte, nonché l'impegno a dichiararsi. Da ciò conseguono, per tutti coloro che partecipano al progetto, la trasparenza, la condivisione e la capacità di fornire prestazioni.

Tratto da Glossario a cura di DSC, Direzione dello Sviluppo e della Cooperazione, Confederazione Svizzera.

http://www.deza.admin.ch/it/Pagina_iniziale/Glossario

Le raccomandazioni di buona pratica sono uno degli strumenti visibili e concreti del processo di contestualizzazione di un intervento. In esse sono sintetizzate quelle accortezze che gli operatori devono tenere presenti per realizzare azioni di buona qualità. Una buona pratica ha sia carattere bottom up, in quanto è costruita sulla base di esperienze esemplari e positive che si presuppongono trasferibili in contesti più ampi, sia un carattere top down, in quanto richiede la prefigurazione di un insieme sistematizzato di ipotesi da verificare su base empirica; inoltre è ritenuta efficace solo se è capace di individuare modelli per l'azione convenzionalmente ritenuti "adatti" dagli addetti ai lavori (ISFOL; 2001).

Naturalmente queste raccomandazioni di buona pratica assumono valore normativo nel momento e nel contesto (scientifico e operativo) in cui vedono la luce e valgono "fino a prova contraria" ovvero fino a quando nuovi processi di valutazione dell'efficacia e della trasferibilità forniranno informazioni più aggiornate e utili ad affrontare i bisogni di salute della comunità.

Esse sono anche uno degli strumenti di *capacity building* più importanti a disposizione della sanità pubblica, all'interno dei processi formativi in servizio.

CAPACITY BUILDING (Costruzione di competenze)

La costruzione di competenze è lo sviluppo di conoscenza, abilità, impegno, strutture, sistemi e leadership per rendere la promozione della salute efficace. Essa comprende azioni volte a migliorare la salute su tre livelli: la crescita di conoscenze e abilità tra gli operatori, l'incremento di supporto e infrastrutture dedicate alla promozione della salute nelle organizzazioni, lo sviluppo di coesione e collaborazioni per la salute nelle comunità.

Infatti, la competenza dei singoli promotori della salute è una condizione necessaria ma non sufficiente per ottenere una promozione della salute efficace. Il sostegno da parte delle organizzazioni all'interno delle quali e con le quali lavorano è altrettanto importante per l'implementazione efficace di strategie di promozione della salute. A livello organizzativo ciò può comprendere la formazione degli operatori, la messa a disposizione di risorse, il disegno di politiche e procedure utili per istituzionalizzare la promozione della salute e lo sviluppo di strutture dedicate alla progettazione ed alla valutazione in promozione della salute.

Lo scopo di costruire competenze organizzative comprende tutta una serie di politiche e di collaborazioni nell'ambito della promozione della salute che sono necessarie per implementare programmi specifici o per identificare e rispondere a nuovi bisogni di salute nel momento in cui appaiono. A livello di comunità, la costruzione di competenze può comprendere: l'aumento della consapevolezza relativa ai rischi di salute, le strategie per favorire identità e coesione nella comunità, gli interventi educativi per aumentare "l'alfabetizzazione alla salute" (health literacy), la facilitazione dell'accesso a risorse esterne e lo sviluppo di strutture per i processi decisionali nella comunità. La costruzione di competenze a livello comunitario riguarda sia la capacità dei membri della comunità di agire per individuare i propri bisogni sia il supporto sociale e politico necessario per un'efficace implementazione dei programmi. (WHO, 2006; Eade, 2007)

La 20th Conference della *International Union of Health Promotion and Education* (IUHPE) che si è tenuta a Ginevra nel luglio 2010 ha dedicato una specifica sessione tematica alle *best practice* (<http://www.iuhpeconference.net>). Le questioni chiave emerse dalla discussione sono state le seguenti:

- Si usano semplicemente terminologie differenti (*good practice, better practice, best practice, optimal practice*, ecc), o vi sono differenze fondamentali nel modo di considerare la qualità delle azioni e i processi decisionali in promozione della salute? E' possibile avere un paradigma concettuale unitario per le "buone pratiche" in promozione della salute che consideri insieme valori, etica della promozione della salute, conoscenze di base (scientifiche e basate sulla pratica) e i differenti contesti d'azione?
- Gli attuali modelli delle buone pratiche sono in grado di considerare tutte le dimensioni teoriche ed empiriche, etiche valoriali e contestuali della promozione della salute?
- Quando/quanto sono "sensibili" i modelli delle buone pratiche e come possono essere applicati in contesti culturali diversi?

- C'è un collegamento tra l'uso di processi per garantire buone pratiche (standard, linee guida e processi per la valutazione della qualità) e gli approcci orientati alla pratica?
- Qual è il modo più appropriato per assicurare un continuo miglioramento qualitativo della pratica in promozione della salute? (quadri concettuali di riferimento, processi per la valutazione di qualità, sviluppo continuo delle competenze, ecc).

Molte prove riguardo l'efficacia pratica dei programmi di promozione della salute sono attualmente resi disponibili da fonti autorevoli (NICE⁶, WHO HEN⁷, CDC⁸, CPHG⁹), ma occorrono ancora più puntuali riferimenti teorici e linee guida operative, che tengano soprattutto in considerazione la complessità dell'intervento e la pluralità di contesti, obiettivi, attori e destinatari che caratterizzano gli interventi di promozione della salute e ne consentano la valutabilità.

La domanda chiave è, quindi, *quali caratteristiche deve possedere un intervento per:*

- raggiungere il maggior numero di persone possibile, specialmente coloro che ne hanno più bisogno (equità)?
- essere adottato in differenti contesti applicativi (*setting*) (scuola, luoghi di lavoro, comunità)?
- essere realizzabile in maniera efficace dagli operatori che lavorano in promozione della salute?
- produrre effetti positivi a lungo termine e replicabili (con impatto negativo minimo)?
- essere realizzato ad un costo ragionevole?

Riflettere e sviluppare quest'ambito di studio è importante per stabilire chiari standard professionali per gli operatori del settore e motivarli a rafforzare le prove di efficacia pratica (*effectiveness*) in promozione della salute, stabilire criteri per legittimazione e plausibilità di azioni e investimenti, fornire trasparenza, comprensibilità e coerenza decisionale ad ogni livello di attività professionale e così permettere il posizionamento della promozione della salute all'interno della sanità pubblica con basi chiare, solide e strategiche.

In questo senso la formazione degli operatori in promozione della salute diventa un'opportunità strategica e la IUHPE ha avviato nel 2008, con la *Galway Consensus Conference*, un percorso diretto alla costruzione di una visione condivisa sulle competenze dei professionisti di promozione della salute, che possa concretizzarsi in un sistema internazionale di accreditamento.

Questo percorso risponde sia all'esigenza di una garanzia di qualità per i cittadini e le organizzazioni con cui questi operatori entrano in relazione, sia all'esigenza di assicurare ad operatori provenienti da diversi *background* formativi uno status professionale accreditato. A livello europeo il percorso è incardinato nel progetto CompHP (*Competencies Health Promotion*¹⁰) finanziato dall'Unione Europea e attivo dal 2009 al 2012. A tale percorso partecipa anche l'Italia¹¹.

6 National Institute for Health and Clinical Excellence

7 World Health Organization – Health Evidence Network

8 Centers for Disease Control and Prevention - Task Force on Community Preventive Services

9 The Cochrane Collaboration – Cochrane Public Health Group

10 www.iuhpe.org/index.html?page=614&lang=en

11 Referente italiano: Paolo Contu, Università di Cagliari, Vice-Presidente Mondiale IUHPE per Capacity Building, Education and Training.

Il primo anno (2010) è stato dedicato a un processo di ampia consultazione tra accademici e professionisti dei diversi paesi dell'Unione Europea mirato all'individuazione di un insieme di competenze chiave (*core competencies*): l'insieme minimo di competenze che costituiscono la base comune per tutte le funzioni di promozione della salute, la capacità che ci si attende da qualunque operatore affinché sia in grado di lavorare con efficacia, efficienza e appropriatezza, progettando e realizzando interventi di qualità. Le competenze sono organizzate in nove domini (rendere possibile il cambiamento, fare azione di *advocacy* per la salute, mediazione tra i partner coinvolti, comunicazione, *leadership*, *assessment* o valutazione iniziale, pianificazione, implementazione, valutazione e ricerca). L'impegno sarà poi prevalentemente rivolto alla ricognizione dei percorsi formativi e professionali esistenti e allo sviluppo di un'ipotesi di un sistema europeo di accreditamento per la formazione e le professioni. In questa fase tutti coloro che, in qualunque forma, sono impegnati nel campo della promozione della salute saranno invitati a partecipare con idee e proposte.

Queste, quindi, le linee di sviluppo e i quesiti aperti sui quali si sta interrogando la comunità professionale internazionale: è all'interno di tale cornice che si pone, con grande umiltà, il nostro contributo.

IL NOSTRO CONTRIBUTO:

LA GRIGLIA PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE BUONE PRATICHE

E' dal 2007 che il tema delle buone pratiche è diventato centrale per diversi gruppi di lavoro regionali e nazionali cui gli operatori Dors si sono trovati a partecipare. Proprio in quegli anni, infatti, si stavano diffondendo, anche in Italia, attenzione e dibattito sulle buone pratiche e si stavano sperimentando vie per valorizzarle in modo documentato e trasparente. La finalità era di creare un patrimonio di esperienze italiane, di qualità e con un livello accettabile di valutazione di efficacia pratica, da cui attingere per trasferirle in contesti diversi, adattandole di volta in volta con rigore e creatività.

In particolare, questa pubblicazione e la “griglia per l'individuazione delle buone pratiche” sono frutto di un percorso di riflessione e sperimentazione avviato da un gruppo di operatori piemontesi, appartenenti a diversi Enti (AASSLL e Scuole piemontesi, Dors, CPO¹² Piemonte, Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo e Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università degli Studi di Torino) e accomunati dall'esperienza nell'assistenza metodologica alla scrittura, realizzazione, valutazione, documentazione e valorizzazione di progetti sui temi della prevenzione e della promozione della salute.

Presentiamo qui il contesto, il rationale ed il percorso che ha portato alla selezione dei criteri di buona pratica e alla stesura della “griglia per l'individuazione delle buone pratiche”.

Le riflessioni iniziali sul tema hanno portato alla creazione di un gruppo di lavoro con professionisti di diversi settori (Sanità, Scuola, Università) denominato gruppo dei lettori¹³ che ha condiviso esperienze, bisogni, apprendimenti, documentazione, mandati di lavoro, nell'ottica di costruire uno strumento *guida* per l'elaborazione di progetti e uno strumento di *rilevazione* di esempi di buona pratica.

I riferimenti teorici da cui è partita la riflessione sono stati:

- *Carta di Ottawa per la Promozione della Salute (WHO, 1986)*
- *Modello di progettazione PRECEDE-PROCEED di Green & Kreuter (1991, 2005 all.2)*
- *Raccomandazioni WHO Europe per la valutazione in promozione della salute (Goodstadt et al., 2001)*

¹² Centro di Prevenzione Oncologica

¹³ cfr pag 5

I RIFERIMENTI TEORICI

La *Carta di Ottawa* sottolinea come la Promozione della Salute sia un processo che mette in condizione le persone e le comunità di agire, anche socialmente, per controllare e migliorare il proprio stato di salute. Un processo sostenuto da competenze di patrocinio (*advocacy*) della salute, di mediazione (*mediating*) tra interessi e conflitti dei diversi settori della comunità e di sostegno (*enabling*) alle persone, ai gruppi, alle organizzazioni e alle comunità per metterle in grado di sviluppare e raggiungere appieno il loro potenziale di salute.

Il modello di progettazione *PRECEDE-PROCEED*, proposto da Green e Kreuter, valorizza in maniera particolare la partecipazione ed è considerato un “approccio pianificato” alla promozione della salute (Nutbeam, 1996) in quanto basato sull’analisi razionale e sistematica delle migliori prove disponibili riguardo i bisogni della popolazione, l’efficacia degli interventi e il contesto organizzativo e amministrativo più adeguato per un intervento efficace (cfr allegato 2).

Infine, le *Raccomandazioni WHO Europe* sottolineano come la valutazione in Promozione della Salute sia centrale per favorire riflessioni che permettano di costruire una politica pubblica per la salute, creare ambienti favorevoli alla salute, dare forza all’azione della comunità, sviluppare le abilità personali e ri-orientare i servizi sanitari.

OBIETTIVI

Il lavoro si è mosso nella cornice delle seguenti finalità, coerenti con la *mission* di Dors:

- fornire una solida base metodologica e scientifica, professionale e strategica comune ai progetti e agli interventi di prevenzione e promozione della salute
- valorizzare e promuovere azioni supportate da evidenze di differente natura, sensibili al contesto cui si rivolgono e orientate a una riflessione critica e a una valutazione continua
- favorire la trasparenza, la comprensibilità e la coerenza delle decisioni professionali in ogni fase progettuale
- rinforzare la motivazione e il coinvolgimento di coloro che si occupano di prevenzione e promozione della salute attraverso la valorizzazione delle loro esperienze professionali
- guidare e supportare gli operatori e i decisori della prevenzione e promozione della salute nelle scelte, nella pianificazione, nella realizzazione, nella documentazione e nella valutazione degli interventi
- favorire la legittimazione e la credibilità di processi, interventi e investimenti in prevenzione e promozione della salute.

A partire da queste finalità, il nostro obiettivo è stato la costruzione, partecipata e a più voci, di uno strumento, diventato poi la “griglia per l’individuazione delle buone pratiche”, che fosse utile a valutare la *qualità metodologica* (la successione e la completezza delle diverse fasi di progettazione) e l’*efficacia pratica* (effectiveness – “funziona qui, in questo contesto?”) di un progetto di prevenzione e promozione della salute, a partire dalla documentazione esistente.

Chiaramente siamo consapevoli del rischio di considerare e valorizzare solo i progetti “scritti”, o meglio quelli “ben scritti”, (sia nella loro fase di redazione progettuale che rendicontativa) perdendo di vista tutte

quelle “buone pratiche” di cui l’esperienza dei professionisti è ricca, che funzionano ma che non sono adeguatamente valorizzate attraverso la documentazione. Molto spesso inoltre la documentazione scritta di un progetto nasce per esigenze contingenti (ricercare finanziamenti, informare il committente, comunicare le azioni agli interessati...) e non per dare conto dell’idea progettuale e dei risultati conseguiti e per aiutare la continuità o la trasferibilità di un progetto, rendendo chiaro il pensiero e trasparente il processo progettuale nella sua trasformazione in azione. Siamo convinti però che gli operatori della prevenzione e della promozione della salute, sostenuti dai loro decisori, debbano fare uno sforzo per documentare e valorizzare in forma scritta quanto realizzano nella pratica. Questo impegno ha lo scopo non solo di dare visibilità al proprio lavoro, ma anche di contribuire alla crescita della comunità professionale, attraverso lo scambio e il confronto reciproco su esperienze e apprendimenti, e di offrire prassi solide e collaudate da trasferire in altri contesti.

Lo strumento che proponiamo risponde a tre necessità tra loro collegate:

- *formativa*, per i colleghi che intendano provare a descrivere in maniera efficace le proprie pratiche professionali, verificando di aver descritto tutti i passaggi fondamentali e mettendo in luce le caratteristiche metodologiche del proprio intervento
- *certificativa*, per la valorizzazione di pratiche già scritte (in fase di avvio e/o realizzazione, e/o già concluse) che possano essere “messe in luce” nella banca dati Pro.Sa¹⁴ ed illustrate nelle caratteristiche metodologiche più robuste e trasferibili
- *decisionale*, a sostegno delle scelte dei decisori verso progetti e interventi che abbiano caratteristiche di qualità e/o di efficacia pratica.

DESTINATARI

La griglia è proposta a tutti gli operatori e decisori (sanitari, scolastici, sociali...) che si occupano di progettazione e interventi di prevenzione e promozione della salute, che costituiscono una comunità di pratica continuamente sollecitata ad aggiornarsi e riflettere in maniera critica sul lavoro svolto.

PERCORSO METODOLOGICO PER LA COSTRUZIONE DELLA GRIGLIA

La “griglia per l’individuazione delle buone pratiche” è il frutto di un lungo percorso di studio, formazione, sperimentazione e validazione, realizzato da una “rete diffusa” di professionisti provenienti da settori diversi, ma contraddistinti tutti dall’aver in comune il lavorare con chi “fa progetti sul campo”. Il percorso non è ancora concluso, ma l’aver uno strumento collaudato ci permette di proporlo alla comunità dei professionisti per discutere insieme quali modalità siano più interessanti e qualificanti per valorizzare e diffondere le buone pratiche sperimentate sul campo.

14 Il sistema informativo Pro.Sa è stato realizzato da Dors con la collaborazione di alcuni Referenti per la Promozione della Salute (RePES) delle Aziende sanitarie piemontesi (<http://www.dors.it/prosa.php>). L’obiettivo era rendere accessibili agli operatori le esperienze di promozione della salute realizzate sul territorio regionale. Ora, nell’ambito del Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute (PinC), tale Sistema Informativo è stato condiviso con altre Regioni, al fine di sviluppare un Sistema Informativo per la Promozione della Salute nazionale (http://www.retepromozionesalute.it/bd_main.phptale).

Il percorso della costruzione della griglia si è sviluppato in tre fasi, con la produzione di tre versioni successive dello strumento:

- lo studio e la formazione sui principi teorici e sui modelli di progettazione a partire da progetti in corso di realizzazione o ideazione (versione 2005 della griglia)
- l'assistenza e l'accompagnamento alla redazione, realizzazione, valutazione e documentazione di progetti presentati in due bandi regionali di finanziamento (versione 2007)
- la sperimentazione di uno strumento pesato per l'individuazione di buone pratiche (versione 2010).

Nella fase della selezione degli elementi che caratterizzano una buona pratica, abbiamo consultato i riferimenti teorici e metodologici presenti in letteratura, gli stessi che avevamo utilizzato nella nostra attività di formazione e assistenza sul campo, approfondendo in particolare l'analisi dei seguenti modelli (vedi schede riassuntive in allegato):

- *Interactive Domain Model (IDM) of best practices in health promotion* (Kahan & Goodstadt, 2001) (all. 1)
- Modello di progettazione *PRECEDE-PROCEED* (Green & Kreuter, 1991, 2005) (all. 2)
- *Swiss Best Practice Framework for Health Promotion & Prevention* (Broesskamp-Stone e Ackerman, 2010) e connessa Scheda Quintessenza (Promozione Salute Svizzera, 2000) (all. 3)
- *Good Practice Appraisal Tool* (Who Regional Office for Europe, 2011) (all. 4)
- *Project Cycle Management* (European Commission, DGVIII, Evaluation Unit, 1993) (all. 5)

Ora passiamo in rassegna l'evoluzione della "griglia d'individuazione delle buone pratiche" attraverso il processo che ha contraddistinto il continuum delle tre fasi con le relative versioni.

Fase 1 (1998-2005)

La prima fase, che portò alla versione del 2005 della griglia, è stata contraddistinta dallo studio e dalla formazione sui principi teorici e sui modelli di progettazione, a partire da progetti in corso di realizzazione o ideazione. Fu un incontro tra progetti, prassi ed esperienze degli operatori e i principi e i modelli precedentemente citati, attraverso un'azione riflessiva sui progetti in corso, per dare loro robustezza metodologica ed efficacia pratica. Questo processo produsse una serie di criteri che furono il perno per la presentazione di progetti nell'ambito di due bandi regionali di finanziamento. Il suo inizio coincide con la nascita di Dors nel 1998 e l'attivazione del Laboratorio di Valutazione in Promozione della Salute, quale risposta concreta alla richiesta di operatori e decisori delle A.S.L. di potersi incontrare per raccontare e condividere gli interventi e le esperienze, troppe volte isolate e sconosciute per riflettere criticamente sulla propria operatività, confrontarsi con la documentazione su esperienze simili, modelli validati e prove di efficacia disponibili.

Furono organizzati oltre 50 appuntamenti mensili fino al 2004. In ogni appuntamento un gruppo di operatori presentava un proprio progetto-esperienza. I partecipanti, suddivisi in piccoli gruppi, analizzavano e discutevano l'impianto progettuale dal punto di vista dei principi, delle teorie e della metodologia in prevenzione e promozione della salute, la pertinenza e la validità del piano di valutazione, le possibili alternative e i cambiamenti da apportare. Le osservazioni emerse erano poi presentate e discusse in plenaria e generavano raccomandazioni per il miglioramento del progetto. Gli operatori Dors facilitavano il lavoro dei partecipanti, offrendo momenti di aggiornamento teorico-metodologico e fornendo, a conclusione della seduta, un dossier di documentazione su evidenze di efficacia e buona pratica tratte da paragonabili esperienze nazionali ed internazionali. Tutti i materiali presentati e prodotti nel Laboratorio venivano resi disponibili sul sito in una sezione dedicata¹⁵.

Accanto al percorso dei Laboratori di Valutazione già nell'anno successivo (1999), si avviò, sempre su richiesta degli operatori, un Laboratorio di progettazione dedicato all'alimentazione, in seguito esteso all'attività fisica. I gruppi di lavoro su ambiti diversi (formazione dei formatori, sicurezza alimentare, mensa scolastica, anziani nelle RSA, educazione al paziente...) costruirono e sperimentarono strumenti e progetti, attraverso appuntamenti mensili e lavoro a distanza (tramite apposite aree riservate attivate sul sito DoRS). Negli stessi anni fu anche avviato, su incarico della Regione, un Laboratorio Adolescenti, con caratteristiche metodologiche simili, gestito in collaborazione con il Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo dell'Università di Torino per approfondire gli aspetti teorici e metodologici. Gli appuntamenti mensili furono una trentina.

Dal 2000, su mandato regionale, furono proposti una serie di corsi di formazione sulla metodologia e sulla gestione dei progetti di prevenzione e promozione della salute¹⁶ che prevedevano lo studio di principi, teorie, evidenze, metodologie e la loro rivisitazione in progetti in corso o la loro applicazione in progetti di nuova ideazione, attraverso un percorso di assistenza ed accompagnamento.

Stessi principi e metodologia vennero applicati ad una serie di esperienze formative richieste in quel periodo a Dors da aziende sanitarie piemontesi e di altre regioni¹⁷ che permisero un confronto e un arricchimento sui criteri di buona qualità di un progetto di prevenzione e promozione della salute.

L'evoluzione dei Laboratori e la contestuale offerta di opportunità da parte della Regione crearono un circolo virtuoso tra prassi e saperi che facilitò la sperimentazione sul campo di una progettazione più efficace e sostenibile, attraverso il confronto e la condivisione di criteri riferiti a principi, teorie e modelli autorevoli. I criteri maturati in questa prima fase del percorso, insieme con gli apprendimenti e le esperienze di operatori e decisori, furono divulgati e legittimati da due bandi regionali per il finanziamento di progetti di prevenzione e promozione della salute.

Le indicazioni programmatiche per la promozione della salute della Regione Piemonte nel 2004 posero le basi infatti per l'emanazione di due bandi di finanziamento di progetti locali al fine di sollecitare "... a livello

¹⁵ Consulta http://www.dors.it/el2_ini.php?codtipo=04000102&page=4

¹⁶ Alcuni esempi: Corso Progettazione in Promozione della Salute di 7 giornate formative per 2 edizioni rivolto ai Referenti Aziendali; Corso Progetto Nutrizione Piemonte di 6 giornate formative per 4 edizioni; Corso Workplace Health Promotion di 21 giornate formative.

¹⁷ AASSLL Medio Friuli Udine, San Severo, Ancona, Verona...

diffuso l'adozione di "buone pratiche " per la Promozione della Salute, nonché stimolando la creazione di reti locali stabili degli attori che agiscono nel territorio, con il coordinamento della locale ASL". Gli ambiti progettuali ritenuti rilevanti facevano riferimento prioritario a comportamenti e stili di vita individuali e comunitari favorevoli alla salute. La Regione istituì una Commissione Tecnico Scientifica per la valutazione dei progetti con rappresentanti dell'Università di Torino (Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo, Dipartimento di Sanità Pubblica) rappresentanti del Centro Prevenzione Oncologica (CPO) e di Dors. La Commissione fu affiancata nella sua attività da un gruppo di operatori, denominato "gruppo dei lettori", individuati dagli stessi componenti della Commissione e appartenenti alle loro strutture.

I criteri identificati ed elencati nel bando regionale per la valutazione dei progetti furono:

- pertinenza
- completezza
- validità della metodologia progettuale
- congruenza interna
- sostenibilità-fattibilità
- intersettorialità
- ricadute sul Servizio Sanitario Regionale (con particolare riferimento al rafforzamento del ruolo di promozione delle alleanze per la salute e di advocacy da parte delle ASL/ASO).

La Commissione Tecnico Scientifica formulò, a partire dai precedenti, alcuni criteri fondamentali, che esplicitavano operativamente le caratteristiche di un "buon progetto" da finanziare:

1. Gruppo di progetto: presenza di un gruppo di progetto multi-professionale, multidisciplinare, ed intersettoriale, ovvero composto da operatori e/o decisori con professionalità specifiche (educatori, psicologi, medici, amministrativi ...), esperti in discipline diverse (Epidemiologia, Sociologia, Comunicazione, Formazione ...) e che agiscono in settori differenti (Sanità, Scuola, Trasporti, Enti Locali, Associazionismo e Volontariato ...) al fine di permettere una migliore lettura dei problemi di salute e della complessità del contesto in cui ha luogo l'intervento.
2. Diagnosi di contesto: conduzione dell'analisi dei bisogni e dei problemi di salute della popolazione e del suo contesto di vita, mediante appropriati metodi e strumenti quantitativi e qualitativi, per individuare e dare priorità ai fattori e ai determinanti dei comportamenti individuali, organizzativi, ambientali e politici, che condizionano il problema/bisogno specifico nel contesto in cui ha luogo l'intervento.
3. Riferimenti teorici e prove di efficacia: le teorie e i modelli di progettazione-valutazione e di cambiamento dei comportamenti e le prove di efficacia sono esplicitati e discussi per rendere l'intervento valido, efficace e sostenibile.
4. Collaborazioni e alleanze: promozione o rafforzamento di un raccordo o un coordinamento tra i settori interni all'organizzazione e/o collaborazioni intersettoriali tra enti, istituzioni, associazioni, gruppi presenti nel territorio.

5. Valutazione di impatto: esplicitazione di metodi, strumenti e risultati dell'intervento a breve-medio termine, in termini di cambiamento dei comportamenti individuali, organizzativi, ambientali e politici e dei relativi determinanti che condizionano il problema di salute nel contesto territoriale in cui ha luogo il progetto.
6. Diffusione e condivisione: esistenza di un piano di comunicazione del progetto per favorirne la diffusione e la condivisione con i destinatari intermedi e finali, per dare visibilità dei risultati alla comunità locale e alle organizzazioni interessate, per disseminarlo in ambito professionale e scientifico.
7. Continuità d'azione: il processo avviato o consolidato mediante il progetto si innesta possibilmente su esperienze precedenti o fa parte di un piano/programma più ampio e potenzialmente non si conclude con la fine dell'intervento, poiché l'intervento stesso consente di porre le basi o di individuare le strategie per la sua sostenibilità.

Questi sette criteri furono inseriti in una griglia (versione 2005) con una scala di valutazione a 3 o 4 punti, il cui punteggio massimo ottenibile era 22 punti ed era completata da una parte descrittiva in cui si approfondiva ed esplicitava il giudizio con note, indicazioni su eventuali punti critici e raccomandazioni di miglioramento. Con tale griglia ogni progetto fu valutato da due distinti lettori in maniera indipendente.

La Commissione Tecnico Scientifica discusse e validò i progetti, concedendo il finanziamento¹⁸. Tutti i progetti furono valorizzati nella banca dati Pro.Sa¹⁹ e in una pubblicazione che descriveva il percorso dei bandi²⁰.

Fase 2 (2006-2007)

Il finanziamento di progetti di buona qualità aprì una nuova fase: l'assistenza e l'accompagnamento alla realizzazione, valutazione e documentazione dei progetti presentati nei due bandi, che portò alla versione 2007 della griglia. Il gruppo di lettori non esaurì il suo mandato con la lettura dei progetti per conto della Commissione Tecnico Scientifica, ma ricevette l'incarico dalla stessa di seguirne lo sviluppo, accompagnando gli operatori, nell'arco di tre anni, con una serie di seminari di approfondimento teorico-metodologico e con il sostegno alla redazione delle tre relazioni²¹ (di avvio, intermedia e finale), che condizionavano la seconda trince del finanziamento. Inoltre ad ogni progetto fu abbinato un lettore in modo tale che il responsabile progettuale potesse avere un riferimento costante per l'evoluzione del progetto e la sua documentazione. Queste attività permisero di consolidare il lavoro attorno ai criteri e alla produzione di documentazione utile a descrivere i risultati dei progetti e i processi che li avevano permessi: si stavano costruendo le premesse per produrre e documentare buone pratiche da rendere trasferibili.

Dopo l'esperienza dei due bandi regionali, il gruppo dei lettori sentì la necessità e l'utilità di continuare a migliorare lo strumento di valutazione creato, adattandolo e integrandolo con i contributi della letteratura

18 Finanziamento concesso a 67 progetti su 69 nel Primo Bando 2004-2005 (58 progetti aziendali e 9 interaziendali) e a 70 progetti su 88 nel Secondo Bando 2005-2006

19 <http://www.dors.it/prosa.php>

20 DoRS, I Progetti di Educazione e Promozione della Salute finanziati con il Bando Regionale HP 2004-05, a cura di C. Tortone e M. Carzana, ottobre 2005, reperibile in <http://www.dors.it/pag.php?idcm=1229>

21 ibidem

scientifico. Attraverso una serie di seminari, alcuni dei quali allargati ad altri operatori sanitari, scolastici, sociali in un processo di consultazione, si studiò il modello IDM (allegato1) e fu confrontato in maniera critica con il modello PRECEDE-PROCEED (allegato2) che era stato fino a quel momento il riferimento teorico e metodologico per la progettazione. Da queste riflessioni è nato un documento che compare nel report finale del Progetto CCM-Regione Emilia-Romagna "Promozione della attività fisica – Azioni per una vita in salute"²².

Fu presa in considerazione anche la griglia di progettazione elaborata nell'ambito del progetto "Buone Pratiche" a cura del Ministero del Lavoro nel Programma Operativo Nazionale (PON) "La Scuola per lo Sviluppo"²³.

Infine fu studiata la lista dei criteri qualitativi selezionati dal gruppo di Progetto quint-essenz, Promozione Salute Svizzera (allegato 3) e il confronto portò ad arricchire la nostra griglia con le aree empowerment, equità e partecipazione (domande 2, 3 e 4 non presenti nella versione del 2005).

Siamo quindi arrivati ad una nuova versione della griglia (versione 2007), composta da 16 blocchi di domande che ripercorrevano tutte le fasi della progettazione in prevenzione e promozione della salute. La griglia è stata

- valutata (test pilot) in termini di comprensibilità e di validità, su interventi conclusi e documentati con materiali catalogati nella Banca Dati Pro.sa. on-line
- sottoposta alla revisione di esperti, attraverso la presentazione dello strumento operativo a tavoli di lavoro nazionali (ad esempio il citato Progetto CCM Regione Emilia Romagna).

La griglia non era ancora uno strumento utilizzato sul campo per l'individuazione di buone pratiche, ma era usato come riferimento nella formazione e nell'assistenza ai progetti ed era presentato in occasione di corsi e convegni al fine di evidenziarne le criticità e raccogliere suggerimenti.

La griglia e i criteri sono stati utilizzati poi nell'ambito dei Progetti Regionali collegati al Piano Nazionale della Prevenzione 2005-2007, in particolare per i temi dell'Obesità²⁴ e degli Incidenti Stradali²⁵ che erano sotto la responsabilità del Dors. Gli operatori coinvolti in questi piani costruivano, realizzavano e valutavano i progetti utilizzando come guida i criteri della griglia.

In quel periodo il termine "buone pratiche" era sempre più diffuso nel dibattito nazionale e molti progetti se ne stavano occupando, ma non sempre a questo termine corrispondevano interpretazioni univoche. Il lavoro e i risultati che nel frattempo avevamo realizzato, ci permettevano come Centro di Documentazione di esplicitare a quale definizione di buone pratiche e a quali criteri teorici e metodologici facessimo riferimento. Su tale base decidemmo di segnalare e valorizzare le buone pratiche mettendole a disposizione in specifiche sezioni nelle differenti Aree Focus, nate nel frattempo sul nostro sito web a sostegno del Piano della Prevenzione.

²² http://www.ccm-network.it/azioni/il-progetto_RT_intro

²³ Consulta http://www.pubblica.istruzione.it/fondistrutturali/buone_pratiche/buone_pratiche.shtml

²⁴ Consulta http://www.dors.it/el_focus.php?focus=B

²⁵ Consulta http://www.dors.it/el_focus_i.php?focus=C&codf=04

Contemporaneamente, nel quadro del progetto CCM “Monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell’adolescenza”, avviato nella primavera 2007 e chiuso l’anno successivo, affidato per il coordinamento a Dors con la partecipazione di altri 15 centri italiani, abbiamo avuto modo di confrontarci con colleghi di altre regioni e di individuare una prima lista condivisa di criteri per l’individuazione di criteri di buona progettazione, poi validata in un secondo progetto CCM (Sviluppo e consolidamento della rete nazionale dei centri di documentazione per la prevenzione e la promozione della salute) conclusosi nel 2009.

Fase 3 (2008-2011)

Alla luce delle evoluzioni precedenti, abbiamo sentito la necessità di validare in via definitiva i criteri della griglia, sempre attraverso lo studio e il confronto con gli ultimi aggiornamenti della letteratura, e di sperimentare uno strumento “pesato” per l’individuazione di buone pratiche, giungendo così alla versione 2010.

Parallelamente alla conduzione del precedente progetto CCM, sono stati quindi organizzati nel 2008, dal gruppo di lavoro di DoRS, una serie di appuntamenti seminariali sul tema delle buone pratiche che hanno permesso di delineare:

- una visione condivisa e un’esplicitazione degli obiettivi del percorso rispetto alla definizione del termine “buone pratiche” e ai criteri operativi che le definiscono
- una revisione dei modelli teorici, di esempi di griglie per la pianificazione e la realizzazione di progetti nell’ambito della prevenzione e promozione della salute e definizioni di buone pratiche rintracciate anche in settori altri da quello della Sanità Pubblica²⁶
- una sperimentazione in piccoli gruppi dei modelli/esperienze raccolti su un caso-progetto e una ipotesi di strumento.

La griglia precedente è stata quindi modificata, alla luce delle osservazioni raccolte, ed elaborata in una ulteriore versione (2010), composta da 18 blocchi di domande.

La “griglia per l’individuazione delle buone pratiche”, risultato di questo percorso di studio e delle riflessioni condivise, si propone sostanzialmente di valutare il rispetto dei *principi fondanti* della prevenzione e promozione della salute, la *qualità metodologica* del progetto (la successione e la completezza delle diverse fasi di progettazione) e la sua *efficacia pratica* (effectiveness) a partire dalla documentazione esistente.

Dal *Good Appraisal Tool* (2011)²⁷ abbiamo tratto la modalità di attribuzione del punteggio, con la “pesatura” degli item, introducendo il concetto di domanda *core* (domanda centrale, fondamentale) cui viene attribuito un valore maggiore (3 punti) rispetto a quello delle altre domande (che valgono 1 punto ciascuna).

La griglia 2010 è stata ulteriormente testata da due lettori indipendenti su alcuni progetti presenti in banca dati Pro.sa e precedentemente valutati con le versioni 2005 e 2007 della scheda.

²⁶ Cfr ISFOL

²⁷ Who Regional Office for Europe, 2011, cfr all. 4

Infine in questi ultimi mesi abbiamo completato il lavoro di validazione dello strumento, con un “confronto ex-post”, con i criteri del progetto Formez 2008 -Esperienze intersettoriali delle Comunità Locali per Guadagnare Salute- e studiando il metodo *Project Cycle Management* anche attraverso un seminario con il dr. Alberto Perra del CNESPS ²⁸, che ha ricevuto l’incarico dal Ministero della Salute di formare e assistere le Regioni nella redazione dei Piani Regionali della Prevenzione 2010-2012 utilizzando tale metodo. Abbiamo sentito la necessità di questo ulteriore passaggio per collegare e integrare percorsi differenti e ricercare una sintesi.

Nella tabella 1 sono elencati i blocchi di criteri e le loro fonti: accanto al citato progetto “quint-essenz”, abbiamo tratto spunto dal *Good Practice Appraisal Tool* dell’OMS, e dal *Quality Assessment Tool* del modello *Project Cycle Management* ²⁹.

Tab. 1 - Criteri utilizzati nella griglia e loro fonti

CRITERIO	PRODUZIONE ORIGINALE	QUINT- ESSENZA	OMS	PCM
1) gruppo di lavoro			x	
2) equità nella salute		x		
3) orientamento verso l’empowerment		x		
4) partecipazione		x		x
5) setting			x	
6) teorie e modelli teorici	x			x
7) prove di efficacia ed esempi di buona pratica	x			
8) analisi di contesto	x			
9) analisi dei determinanti	x			x
10) risorse, tempi e vincoli	x			
11) collaborazioni ed alleanze	x			
12) obiettivi	x			x
13) valutazione di processo	x			
14) descrizione delle attività/intervento	x			x
15) valutazione di impatto e di risultato	x			
16) sostenibilità	x			x
17) comunicazione	x			
18) documentazione	x			

²⁸ Centro Nazionale Epidemiologia, Sorveglianza e Promozione della Salute – Istituto Superiore di Sanità

²⁹ EUROPEAN COMMISSION Europe Aid Co-operation Office General Affairs Evaluation - Project Cycle Management Handbook March 2002 Version 2.0

Fra gli allegati sono illustrati cinque progetti, che abbiamo scelto come esemplificativi, valutati secondo i criteri identificati dalla griglia. Sono stati scelti perché rappresentativi di una vasta realtà applicativa: sono relativi a differenti aree tematiche, hanno utilizzato strategie di intervento che vanno dall'educazione allo sviluppo di comunità e hanno a disposizione –elemento fondamentale- una sufficiente documentazione. I progetti sono consultabili e scaricabili nella versione integrale da Pro.Sa. on-line³⁰.

La griglia che proponiamo non ha comunque la pretesa di essere “lo” strumento, ma una tappa di avvicinamento, una occasione ulteriore per mettere in pratica e far maturare uno strumento, e contemporaneamente per innescare un sistema di professionalità e organizzazioni che usi tale strumento per selezionare, valorizzare e diffondere le buone pratiche esistenti e sostenere quelle che sono ancora critiche perché riescano ad irrobustirsi, documentarsi e valorizzarsi.

In questo momento, in Italia, c'è grande fermento su questo tema: il Programma nazionale di informazione e comunicazione a sostegno degli obiettivi di Guadagnare Salute (PinC³¹) ha istituito un gruppo di lavoro nazionale sulle buone pratiche e le tante sperimentazioni regionali (oltre al Piemonte, si stanno impegnando Umbria, Veneto, Emilia-Romagna, Lombardia, Calabria... e altre ancora), che si stanno raccordando in questo gruppo di lavoro, rappresentano una grande opportunità di ulteriore confronto, di sintesi operativa, di crescita culturale e professionale dalla quale ci auguriamo possa emergere il patrimonio di esperienze di prevenzione e promozione della salute e il capitale umano, professionale e sociale che lo anima.

30 <http://www.dors.it/prosa.php>

31 L'obiettivo di tale programma è promuovere iniziative di comunicazione e di formazione di tipo partecipativo, rivolte sia alla popolazione generale sia a figure chiave nel rapporto con i cittadini, secondo un'idea della salute che vede i cittadini informati, consapevoli e quindi protagonisti delle scelte sulla propria salute. <http://www.guadagnaresalute.it/comunicare-per-guadagnare-salute>

GRIGLIA PER L'INDIVIDUAZIONE DELLE BUONE PRATICHE

di prevenzione e promozione della salute³² (versione 2010)

Prerequisiti:

Questa griglia è stata predisposta per valutare *progetti*³³ che siano conclusi e

- per i quali sia stata compilata la scheda progetto della Banca dati Pro.Sa
- per i quali sia presente una documentazione il più possibile completa (standard minimo: documento progettuale e relazione finale)
- in cui l'intervento non sia di tipo esclusivamente informativo

Struttura griglia e attribuzione del punteggio:

La griglia è composta da **18 blocchi di domande** per un **totale di 69 domande**. Per ogni blocco di domande è prevista:

- una **domanda "core"** (ossia una domanda **fondamentale, centrale**) evidenziata in grigio,
- uno **spazio note/commenti** che serve ad esplicitare eventuali "dubbi" del lettore sulla valutazione

A tutte le domande è attribuito il seguente **punteggio**:

- **1 (SI)**
- **0 (NO)**

Il **punteggio** attribuito alla **domanda core** è **moltiplicato per un fattore pari a 3**

$$\text{Punteggio Totale (T)} = \frac{\text{punteggio domande core} + \text{punteggio domande non core}}{\text{Massimo punteggio ottenibile (105)} *}$$

* valore dato dalla somma del punteggio massimo delle domande core (18x3 =54) e delle domande non core (51)

Il **risultato** sarà ≤ 1 dove **1 è il massimo punteggio ottenibile**

Sulla base del punteggio totale ottenuto un **progetto** è considerato:

- **Buona pratica** se il punteggio è compreso tra **0,8 e 1**
- **Pratica discreta** se il **punteggio** è compreso tra **0,6 e 0,8**
- **Pratica sufficiente** se il **punteggio** è compreso tra **0,4 e 0,6**
- **Pratica insufficiente** se il **punteggio** è $< 0,4$

32 Gruppo di redazione: M.E. Coffano, L. Dettoni, M. Di Pilato, S. Lingua, R. Longo, P. Ragazzoni, S. Scarponi, A. Suglia, C. Tortone – DoRS Regione Piemonte ASL TO3

Gruppo di lettori e di consultazione: M. Brusa – ASL AL; M.G. Tomaciello – ASL CN1; E. Gelormino – Servizio di Epidemiologia ASL TO3; L. Charrier, A. Coppo, F. Di Stefano, C. Piccinelli - Centro Prevenzione Oncologica (CPO) Piemonte; T. Begotti, M. Bina, G. Borca, E. Calandri, F. Graziano - Dipartimento di Psicologia dello Sviluppo Università degli Studi di Torino; A. Zambon – Dipartimento di Sanità Pubblica Università degli Studi di Torino; A. Donna, P. Arata – M.I.U.R. Ufficio Scolastico Regionale per il Piemonte; G. Corni, Ufficio Scolastico Provinciale di Torino; P. Brigoni, P. Capra - DoRS Regione Piemonte ASL TO.

33 Tutti i termini in corsivo nella griglia rimandano a una definizione del glossario allegato

Titolo del Progetto: _____

Responsabile: _____

Letto: _____

1. Gruppo di lavoro

	SI	NO
1. Il gruppo di lavoro è multidisciplinare (diverse professionalità/discipline o diversi servizi della stessa organizzazione)	1	0
2. Il gruppo di lavoro è multisettoriale (settore sanità, scolastico, sociale,...)	1	0
3. Il gruppo di lavoro comprende rappresentanti dei destinatari	3	0
4. Il gruppo di lavoro è riconosciuto formalmente ³⁴ con un documento che identifica i partecipanti del gruppo	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

2. Equità nella salute

	SI	NO
1. Il progetto ha obiettivi espliciti di riduzione delle disuguaglianze relativamente a una o più categorie di destinatari	3	0
2. Il progetto utilizza strategie e strumenti che permettono di ridurre le disuguaglianze	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

³⁴ il gruppo è **riconosciuto formalmente** con un documento significa che c'è un documento ufficiale/formale che lo riconosce (ad esempio una deliberazione/determinazione dirigenziale, ecc.)

3. Orientamento verso l'empowerment

	SI	NO
1. Il progetto è teso ad aumentare la responsabilità dei destinatari intermedi verso la propria/altrui salute nonché verso condizioni di vita salutari	1	0
2. Il progetto è teso ad aumentare la responsabilità dei destinatari finali verso la propria/altrui salute nonché verso condizioni di vita salutari	1	0
3. Il progetto crea opportunità affinché i destinatari intermedi/finali (individui e gruppi) possano accrescere le proprie competenze/abilità nel migliorare le scelte di salute	3	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

4. Partecipazione

	SI	NO
1. I destinatari intermedi/finali vengono coinvolti ³⁵ nella fase di elaborazione del progetto	1	0
2. I destinatari intermedi/finali vengono coinvolti nella fase di analisi di contesto e di identificazione dei determinanti	1	0
3. I destinatari intermedi/finali vengono coinvolti nella fase di realizzazione dell'intervento	1	0
4. I destinatari intermedi/finali vengono coinvolti nella fase di valutazione dei risultati del progetto	1	0
5. E' descritto in che modo i destinatari intermedi/finali vengono coinvolti nelle diverse fasi e la scelta delle modalità è motivata	3	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

³⁵ Si intende un coinvolgimento attivo e pratico (discussione, collaborazione), non una semplice informazione dei destinatari

5. Setting

	SI	NO
6. E' stata motivata la scelta dei setting nei quali si dovrebbe intervenire	1	0
7. È stato motivato su quali dei cinque livelli di intervento (individui, gruppi, organizzazione, comunità e azione politico/sociale) si auspica di generare degli effetti	1	0
8. Il progetto prevede attività/interventi , tra loro coerenti, su più livelli	3	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

6. Teorie e Modelli teorici di progettazione e di cambiamento del comportamento

	SI	NO
1. Sono stati esplicitati i modelli teorici di progettazione scelti ³⁶	1	0
2. La formulazione degli obiettivi e dell'insieme delle attività/interventi è coerente con i modelli teorici di progettazione scelti	1	0
3. Nella descrizione dell'intervento sono stati esplicitati i modelli teorici di cambiamento dei comportamenti scelti (individuali, organizzativi, comunitari)	1	0
4. La formulazione degli obiettivi e l'insieme delle attività/interventi è coerente con la scelta dei modelli teorici di cambiamento dei comportamenti (individuali, organizzativi, comunitari)	3	0
5. I riferimenti teorici sono riportati in una bibliografia dettagliata che permette di recuperare le fonti citate	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

³⁶ Può essere che non sia esplicitato chiaramente il modello di progettazione scelto (es Green) ma che la formulazione degli obiettivi e l'insieme delle attività sia coerente con un modello riconoscibile. In quest' ultimo caso al punto 6.1 si deve dare punteggio 0 (no) mentre al punto 6.2 si può dare punteggio 1 (si)

7. Prove di efficacia ed esempi di buona pratica

	SI	NO
1. Sono indicate le prove di efficacia presentate dalla letteratura in argomento o		
2. (nel caso in cui non siano state trovate prove di efficacia) sono state descritte le strategie usate per la ricerca bibliografica	1	0
3. Sono illustrati gli esempi di buona pratica che hanno ispirato il lavoro	1	0
4. E' argomentata l' applicabilità al contesto delle prove di efficacia e/o degli esempi di buona pratica scelti sulla base degli obiettivi del progetto	3	0
5. Le prove di efficacia e/o gli esempi di buona pratica sono riportati in una bibliografia dettagliata che permette di recuperare le fonti citate	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

8. Analisi di contesto

	SI	NO
1. Il progetto è articolato e descritto in relazione alle caratteristiche (socio-demografiche, economiche, sociali, ambientali e comportamentali) del contesto	3	0
2. Sono descritti risorse e/o vincoli ³⁷ del contesto	1	0
3. Sono descritti strumenti e metodi usati per l'analisi di contesto	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

³⁷ Risorse e vincoli del contesto possono essere descritti anche nel processo, senza una particolare e specifica sottolineatura nella parte di analisi di contesto. Dare punteggio 1 (si) comunque purché descritte

9. Analisi dei *determinanti*

	si	no
1. Sono stati individuati i determinanti individuali, ambientali, sociali del problema/bisogno di salute (ad esempio: Abilitanti, Predisponenti e Rinforzanti)	3	0
2. E' descritto in maniera argomentata il processo con cui sono stati individuati i determinanti	1	0
3. Sono descritti gli strumenti con cui sono stati analizzati i determinanti	1	0
4. Sono identificate e argomentate le priorità	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

10. *Risorse, tempi e vincoli*

	si	no
1. Sono descritte le risorse necessarie (professionali, strumentali, economiche) per le diverse fasi (pianificazione, realizzazione e valutazione) del progetto	3	0
2. Sono identificate e usate le risorse presenti all'interno della comunità (mobilitazione delle risorse)	1	0
3. E' descritta la scansione temporale delle attività di progetto e il tempo totale impiegato per realizzare il progetto	1	0
4. Sono descritte le difficoltà (vincoli, barriere, criticità) incontrate e le soluzioni adottate per affrontarle	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

11. Collaborazioni e alleanze

	SI	NO
1. Sono state attivate collaborazioni e alleanze tra più servizi della stessa organizzazione/istituzione	1	0
2. Sono state attivate collaborazioni e alleanze con enti/organizzazioni della comunità	3	0
3. La creazione e il mantenimento di collaborazioni e alleanze sono stati identificati come uno degli obiettivi del progetto	1	0
4. Sono stati individuati i bisogni e le risorse economiche necessarie per permettere il funzionamento di collaborazioni e alleanze	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

12. Obiettivi³⁸

	SI	NO
1. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi chiari, specifici	1	0
2. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi misurabili	1	0
3. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi coerenti con i determinanti selezionati	3	0
4. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi realistici	1	0
5. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi delimitati nel tempo	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

³⁸ Per poter dare punteggio 1 (si) ad ogni definizione occorre che tutti gli obiettivi la soddisfino ad esempio per dare il punteggio 1 alla definizione chiari e specifici tutti gli obiettivi previsti nel progetto devono essere chiari e specifici.

13. Valutazione di processo

	SI	NO
1. E' stata prevista la valutazione di processo e ne sono descritti strumenti e metodi	1	0
2. Sono chiaramente descritte le azioni e la loro sequenza (chi, cosa, come, dove e per quanto tempo)	1	0
3. Sono evidenziate le criticità e le opportunità emerse dalla valutazione di processo	3	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

14. Descrizione delle attività/intervento

	SI	NO
Sono descritte le attività/interventi realizzate con i destinatari (intermedi/finali)	1	0
Sono descritti metodi e strumenti usati	3	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

15. Valutazione di impatto e di risultato

	SI	NO
La scelta degli indicatori è coerente con gli obiettivi e segue degli <i>standard</i> riconosciuti. Ove non esistano degli standard, gli indicatori sono stati concordati dal gruppo di progetto	1	0
Per ogni obiettivo dichiarato è stato indicato e argomentato il grado di raggiungimento	1	0
Sono stati raggiunti e descritti i risultati attesi	3	0
Sono descritti e analizzati eventuali risultati non attesi	1	0
Sono descritti i meccanismi che hanno permesso o ostacolato il raggiungimento degli obiettivi	1	0
Sono state tratte indicazioni per la trasferibilità , riprogettazione e ulteriori contributi teorici	1	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

16. Sostenibilità

	SI	NO
Il progetto è parte di un piano/programma/strategia più ampio, oppure vi è una giustificazione perché non lo sia	1	0
Il progetto è esplicitamente inserito nella strategia dell'organizzazione che lo attua, nella storia della comunità e ne valorizza le competenze	1	0
Sono discusse le possibilità di prosecuzione/messa a regime/estensione del progetto, tenendo conto dei limiti dati da finanziamenti, competenze, infrastrutture e partecipazione dei portatori di interesse	3	0
TOTALE		
Note e commenti:		

17. Comunicazione

	SI	NO
Il progetto è stato promosso ³⁹ presso la comunità e i portatori di interesse	1	0
I risultati del progetto sono stati presentati ⁴⁰ e discussi con i portatori di interesse e la comunità	1	0
E' descritta e motivata la scelta dei canali comunicativi utilizzati per la promozione e la presentazione dei risultati	3	0
TOTALE		0
Note e commenti:		

³⁹ attraverso mass media locali, web, notiziari aziendali e associativi, convegni, ...

⁴⁰ Cfr nota 8

18. Documentazione

	SI	NO
I documenti (progetto e relazione finale) sono chiari e completi e permettono di ricostruire ciò che è stato fatto	3	0
I documenti istituzionali ⁴¹ che testimoniano alleanze, collaborazioni e/o formalizzazione del gruppo di progetto sono disponibili	1	0
Gli strumenti usati per l'analisi del contesto e/o dei determinanti sono disponibili	1	0
Gli strumenti operativi utilizzati nelle attività/interventi sono descritti e resi disponibili(es kit didattico)	1	0
Gli strumenti usati per la fase di valutazione (processo e impatto) sono disponibili	1	0
Gli strumenti usati per la comunicazione sono disponibili	1	0
Totale		0
Note e commenti:		

⁴¹ delibere, determinazioni dirigenziali, contratti, protocolli

Sintesi punteggi	Tot.
1. Gruppo di lavoro	
2. Equità	
3. Empowerment	
4. Partecipazione	
5. Setting	
6. Teorie e Modelli	
7. Prove di efficacia/buona pratica	
8. Analisi di contesto	
9. Analisi dei determinanti	
10. Risorse, tempi e vincoli	
11. Collaborazioni e alleanze	
12. Obiettivi	
13. Valutazione di processo	
14. Descrizione attività/intervento	
15. Valutazione impatto/risultato	
16. Sostenibilità	
17. Comunicazione	
18. Documentazione	
PUNTEGGIO OTTENUTO	/105

Punteggio Totale: Punteggio ottenuto / Massimo punteggio ottenibile (105)

_____ /105= _____

Il risultato sarà un numero compreso tra 0 e 1

MASSIMO PUNTEGGIO TOTALE OTTENIBILE (MP) = 1

0,8-1 = Buona pratica

0,6-0,8 = Pratica discreta

0,4-0,6 = Pratica sufficiente

<0,4 = Pratica insufficiente

BIBLIOGRAFIA

- Antonovsky, A. (1979). *Health, stress and coping: New Perspectives on Mental and Physical Well-Being*. San Francisco: Jossey Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1987). *Unraveling The Mystery of Health - How People Manage Stress and Stay Well*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers.
- Antonovsky, A. (1996). The salutogenic model as a theory to guide health promotion. *Health Promotion International*, 11: 11–18.
- Armstrong et al., Knowledge translation strategies for facilitating evidence-informed public health decision making among managers and policy-makers (Protocol) – *The Cochrane Library* 2011, Issue 6).
- AA.VV. (1987). *Nuovo Dizionario di Sociologia*. Milano: Edizioni Paoline.
- Bauer ,G., Davies, J.K., Pelikan, J. (2006). The EUHPID Health Development Model for the classification of public health indicators. *Health Promotion International*, 21, 2: 153-159.
- Broesskamp-Stone, U., Ackermann, G. (2010). Best Practice. A normative framework for optimal health promotion and disease prevention. Health Promotion Switzerland. www.healthpromotion.ch.
- Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria (CSES, 2007). Valutazione di efficacia e definizione di un modello integrato di promozione della salute. Progetto ex art 12 lett B, del Dlgs.229/99, Università di Perugia.
- Coffano, M.E., Tortone, C. (2007). Costruire Buone Pratiche insieme. Un percorso di promozione della salute tra prassi e saperi. *SNOP – Società Nazionale degli Operatori della Prevenzione*, 22, 71: 30-31.
- Devoto, G., Oli, G.C. (2011). *Vocabolario della lingua italiana*. Edizioni Le Monnier.
- Eade, D. (2007). *Capacity Building an Approach to People-Centered Development*. UK & Ireland: Oxfam, pp. 35.
- Engel; G.L. (1977).The need for a new medical model: A challenge for biomedicine. *Science* 196:129–136. ISSN 0036-8075 (print) / ISSN 1095-9203 (web) DOI: 10.1126/science.847460.
- European Commission, DGVIII, Evaluation Unit Project Cycle Management: Integrated Approach and Logical Framework- , 1993.
- EUROPEAN COMMISSION EuropeAid Co-operation Office General Affairs Evaluation - Project Cycle Management Handbook March 2002 Version 2.0.

- FORMEZ, (2002). Project Cycle Management. Manuale per la formazione. Roma: Strumenti Formez.
- Fertman, C.L., Allensworth, D.D. (Eds) (2010). Health Promotion Programs. From theory to practice. San Francisco: Jossey Bass Publisher.
- Freudenberg, N., Rogers, M., Ritas, C., Nerney, M. (2005). Policy Analysis and Advocacy: An Approach to Community-Based Participatory Research. In Israel B et al, eds. Methods for Community Based Participatory Research. San Francisco: Jossey Bass Publisher.
- Goodstadt, M.S., Hyndman, B., McQueen, D.V., Potvin, L., Rootman, I., Springett, J. (2001). Evaluation in health promotion: synthesis and recommendations. In Evaluation in Health Promotion. Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series, 92: 517-533.
- Green, L.W., et al. (1980). Health Education Planning: A Diagnostic Approach. Palo Alto: Mayfield Publishing Co.
- Green, L.W., Kreuter, M.W. (1991). Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach, 2nd edition. Palo Alto: Mayfield Publishing Co.
- Green L.W., Kreuter M.W. (2005). Health Program Planning: An Educational and Ecological Approach. (4th edition). Mc Graw Hill.
- International Union for Health Promotion and Education (IUHPE, 2007). Shaping the future of health promotion: Priorities for action. Traduzione italiana: Delineare il futuro della Promozione della Salute: le priorità per l'azione. DoRS, 2008, http://www.dors.it/alleg/0202/IUHPE_Prioritaazione_2007.pdf.
- ISFOL (2001). Ipotesi di buone pratiche nella formazione dei formatori. Quaderni di Formazione Isfol. http://www.lavoro.gov.it/.../008_Apprendim_età_adulta_Partel_contributo.pdf
- ISFOL (2004). La metodologia ISFOL per l'individuazione e l'analisi delle buone pratiche in ambito FSE. Quaderni di Formazione Isfol. Disponibile su <http://www.irresicilia.it/nuovogold/metodologiaISFOL.pdf>
- Kahan, B., Goodstadt, M. (2001 1st edition, 2005, 3rd edition). The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion. Health Promotion Practice, 2, 1: 43-54. <http://www.idmbestpractices.ca>.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the Health of the Canadians. Ministry of Supply and Services, Ottawa.
- Lamprecht, M., Stamm, H.P. (2005). Chancengleichheit auf Gesundheit (state of the art- Bericht) Gesundheitsförderung Schweiz: Bern, Lausanne.

- Laverack, G., Labonte, R. (2000). A planning framework for community empowerment goals within health promotion, *Health Policy and Planning*, 15, 3: 255-262.
- Leone, L., Prezza, M. (1999). *Costruire e valutare i progetti nel sociale. Manuale operativo per chi lavora su progetti in campo sanitario, sociale, educativo e culturale*. Milano: Franco Angeli.
- Matricoti, F. (2010). *I teatri di Igea. Il teatro come strumento di promozione della salute. Teorie, pratiche, cambiamenti*. Genova: Italian University Press.
- Ministero della Salute (2006) *Guadagnare in salute. Rendere facili le scelte salutari*. <http://www.salute.gov.it/stiliVita/stiliVita.jsp>.
- Millefiorini, A. (2002). *La partecipazione politica in Italia. Impegno politico e azione collettiva negli anni ottanta e novanta*. Roma: Carocci.
- Morosini P., Perraro F. (2001). *Enciclopedia della gestione di qualità in sanità. Elementi di economia sanitaria, medicina basata sulle evidenze, epidemiologia, statistica, comunicazione*. Torino: Centro Scientifico Editore.
- Noack, H. (2006). 20th birthday of the Ottawa Charter: processes, progress, Illusions. Key note presentation at the 7th IUHPE European Conference on health promotion. Budapest, 18-21 october 2006 (www.iuhpe.org).
- Nutbeam, D. (1996). Achieving 'best practice' in health promotion: improving the fit between research and practice. *Health Education Research*, 11, 3: 317–326.
- Morgan, A., Davies, M., Ziglio, E. (Eds) (2010). *Health Assets in a Global Context: theory, methods, action*. New York: Springer Ed.
- Orlandini D., Nardelli, R., Bottignolo, E. (2002). *Programmi e modelli di prevenzione Primaria delle Dipendenze: i diversi aspetti della valutazione*. Regione Veneto. Venezia: Poligrafica Venezia.
- Orlandini D., De Pieri, M., Scacchi, L. (2003). *Glossario della prevenzione delle Dipendenze*. Regione Veneto. Venezia: Arti Grafiche Venete.
- Pasquino G.(1997). *Corso di scienza politica*. Bologna: il Mulino.
- Pocetta, G. (2010). EMPOWER(ING)MENT EVALUATION -Valutare in promozione della salute per produrre salute. *I quaderni di Monitor* 25, 6: 102-110.
- Ripamonti, E. (2011). *Metodi partecipativi per il sociale*. Roma: Carocci Faber.
- Smith, B.J., Tang, K.C., Nutbeam, D. (2006). WHO Health Promotion Glossary: new terms. *Health Promotion International* Vol. 21, 4: 340–343.

- Rootman, I., Goodstadt, M.S., Hyndman, B., McQueen, D., Potvic, L., Spingett, J., Ziglio, E. (eds).(2001) Evaluation in health promotion. Principles and perspective. WHO Regional Publications, European Series 92. Copenhagen : WHO Europe, regional publications, n°92.
- Tannahill, A. (2008). Beyond evidence—to ethics: a decision-making framework for health promotion, public health and health improvement. Health Promotion International , 23, 4: 380-390.
- Tennyson, R (2006). Managing partnership. Tools for mobilizing the public sector, business and civil society as partners in development. London: Prince of Wales Business Leaders Forum. info@pwblf.org.uk.
- The Development of a European Health Promotion Monitoring System (March 2004) The EUHPID Project Final Report to the European Commission, DG SANCO by J.K. Davies, International Health Development Research Centre, Faculty of health, University of Brighton, United Kingdom.
- Victorian Health Promotion Foundation (VicHealth, 2006). Pushing boundaries. Annual report 2005–2006. Melbourne, Australia: Victorian Health Promotion Foundation.
- Wallerstein, N. (2006). What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe (Health Evidence Network report, December 2007); <http://www.euro.who.int/Document/E88086.pdf>.
- World Health Organization (WHO, 1986) Ottawa charter for health promotion: an International Conference on Health Promotion, the move towards a new public health. 17–21 November, Geneva, CH. Traduzione italiana: http://www.dors.it/prosa/all_pr/ctwa.pdf.
- World Health Organization (WHO, 1998). Health Promotion Glossary. Geneva: World Health Organization. http://whqlibdoc.who.int/hq/1998/WHO_HPR_HEP_98.1.pdf .
- Traduzione italiana <http://www.dors.it/alleg/0204/Glossario%20OMS%20ita.pdf>.
- World Health Organization (WHO, 2005). The Bangkok Charter for Health Promotion, ‘Policy and Partnerships for Action’. The 6th Global Conference on Health Promotion. 7–11 August, Bangkok, Thailand.
- http://www.who.int/healthpromotion/conferences/6gchp/bangkok_charter.
- World Health Organization (WHO, 2006). Health Promotion Glossary: new terms. Geneva: World Health Organization. www.who.int/entity/healthpromotion/about/HPR%20Glossary_New%20Terms.pdf.
- Traduzione italiana a cura di DoRS <http://www.dors.it/dl.php?idall=3358>.
- World Health Organization, WHO Regional Office for Europe (2011). Good Practice Appraisal Tool for obesity prevention programmes, projects, initiatives and interventions. Copenhagen (in press).

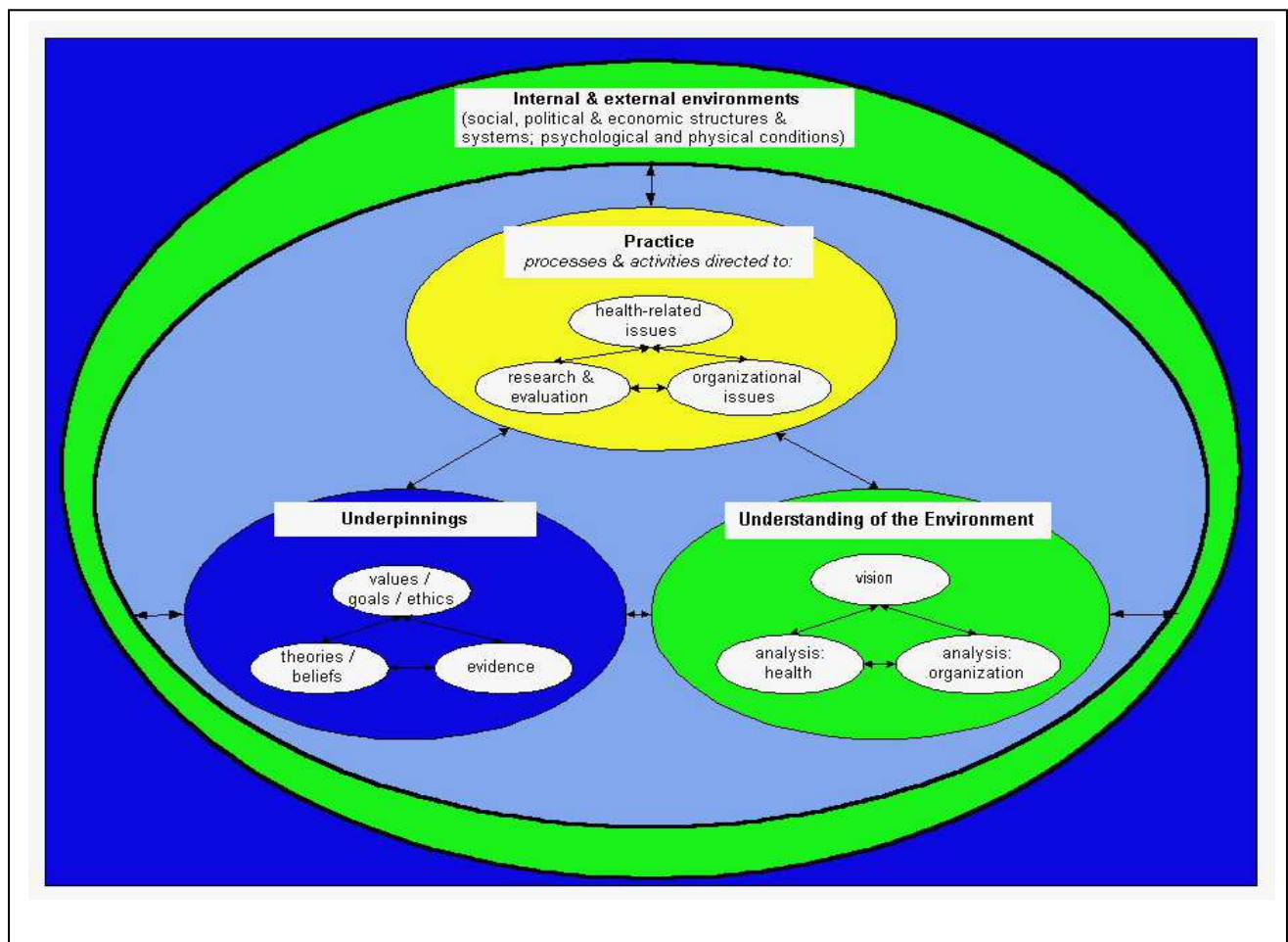
ALLEGATO 1

INTERACTIVE DOMAIN MODEL (IDM)

Autori: Barbara Kahan & Michael Goodstadt (Best Practices Work Group, Centre for Health Promotion, University of Toronto, Ontario, Canada); <http://www.idmbestpractices.ca>.

La premessa sottostante il modello (fig. 2) è che la qualità e il valore della pratica dipendono dal grado di consapevolezza circa il problema, dalla discussione e dalla riflessione associate a ciascuno dei sette domini o ambiti (valori; obiettivi; etica; teorie e credenze; prove di efficacia scientifiche; comprensione ambientale; pratica).

Fig 2: The Interactive Domain Model of best practice in health promotion and public health. Kahan e Goodstadt 2005 (che aggiorna la versione del 2001).



Parole chiave: visione comune, coinvolgimento, collaborazione, flessibilità, perseveranza, complementarietà.

La sua applicazione non si limita alla promozione della salute ma è applicabile in differenti ambiti di sanità pubblica.

Caratteristiche del modello

Il modello identifica i fattori principali (domini) e corrispondenti fattori specifici (sottodomini) alla base di una buona pratica in promozione della salute.

a) I **fondamenti** della promozione della salute che si declinano nei sottodomini seguenti:

- valori , obiettivi e principi etici (equità, empowerment, miglior stato di salute possibile)
- teorie e conoscenze acquisite
- prove (evidence) su cui si basano le scelte per la progettazione degli interventi: le prove possono essere oggettive, soggettive, quantitative, qualitative

b) la **visione ambientale** (environmental vision): considerazione dell'ambiente fisico, sociale, politico, economico, psicologico al fine di attuare interventi coerenti, necessari, mirati. Si articola nei sottodomini:

- analisi e vision dei problemi di salute presenti nel contesto
- analisi delle caratteristiche dell'ambiente che possono determinare/influenzare i problemi di salute individuati

c) la **pratica** intesa come la definizione del processo e delle attività che si vogliono attuare a partire dai dati raccolti e sistematizzati con i due domini precedenti. La pratica si declina nei sottodomini:

- attività di ricerca
- attività di valutazione
- attività organizzative e di gestione per la scelta delle migliori strategie da adottare nel contesto specifico.

Gli autori, a partire da queste analisi hanno costruito una struttura a matrice (frame work) per l'applicazione operativa del Modello. Tale matrice permette di progettare tenendo conto dei domini e dei sottodomini ed è costruita sotto forma di domande chiave per accompagnare gli operatori nel processo di pianificazione.

Le fasi sono:

- diagnosi/analisi del contesto: 1. situazione in oggetto; 2. cosa ci guida; 3. confronto tra 1 e 2; 4. quali sono i cambiamenti desiderati
- 5. progettazione: quali azioni, quali risorse, chi fa che cosa, con quali tempi, quali strumenti di valutazione
- 6. realizzazione delle azioni
- 7. valutazione.

Le domande sono:

- Cosa ci guida? Dove siamo in questo momento? Dove vogliamo andare?
- Chi fa che cosa, come e quando?
- Cosa abbiamo fatto? Come? Con che risultati?
- Cosa occorre cambiare per ottenere ulteriori risultati?

Di seguito (fig 3) la struttura a matrice del modello IDM, dove sono evidenziati in verticale domini e sottodomini (qui l'esempio per il primo dominio -fondamenti-) e in orizzontale le fasi operative con le corrispondenti domande chiave cui il progettista deve rispondere.

Fig 3: struttura a matrice del modello. Kahan & Goodstadt, 2005. Traduzione italiana a cura di Dors

	Preparazione attività			Azione e valutazione Chi fa che cosa, quando e come?				Implementazione, riflessione e documentazione		Revisione
	<i>Cosa ci guida</i>	<i>Dove siamo ora</i>	<i>Dove vogliamo andare</i>	<i>Obiettivi</i>	<i>Risorse</i>	<i>Cambiamenti</i>	<i>Valutazione</i>	<i>Cosa abbiamo fatto e come</i>	<i>Risultati</i>	Cosa Cambiare
Fondamenti										
valori										
obiettivi										
etica										
teorie										
credenze										
evidenze										

Il modello IDM favorisce la coerenza tra la pratica e i fattori che possono influenzare il modello decisionale (valori, teorie, credenze, e ambiente); può servire per la pianificazione, implementazione e valutazione di un progetto, un programma o un'azione di pianificazione strategica; garantisce la coerenza tra i valori e le attività che vengono proposte; incoraggia la discussione sviluppando all'interno del gruppo una visione condivisa e valori comuni; mette in evidenza un approccio basato sulla promozione della salute

Valore aggiunto del modello

Dal modello discendono le linee guida per identificare una buona pratica: gli interventi dovrebbero (Freudenberg et al., 1995):

- essere rivolti a target specifici all'interno di contesti specifici/circoscritti
- coinvolgere i destinatari nella progettazione, attuazione e valutazione
- integrare attività orientate a cambiamenti individuali, sociali e ambientali
- collegare gli obiettivi di salute a finalità di miglioramento della qualità della vita per una società migliore
- utilizzare le risorse del contesto
- costruire/sostenere le risorse individuate nei destinatari e nella loro comunità
- sostenere/promuovere (advocate) le risorse e le azioni necessarie a raggiungere gli obiettivi di salute desiderati
- preparare i destinatari a diventare leaders
- sostenere la diffusione di un cambiamento nell'intera popolazione
- cercare di formalizzare/istituzionalizzare gli elementi vincenti replicandoli in altri contesti (trasferibilità).

Il cambiamento che viene richiesto agli operatori della salute è prima di tutto quello di identificare e definire le fondamenta concettuali e la comprensione del contesto ambientale propri della promozione della salute e in seguito applicarle alla pratica.

Allegato 2

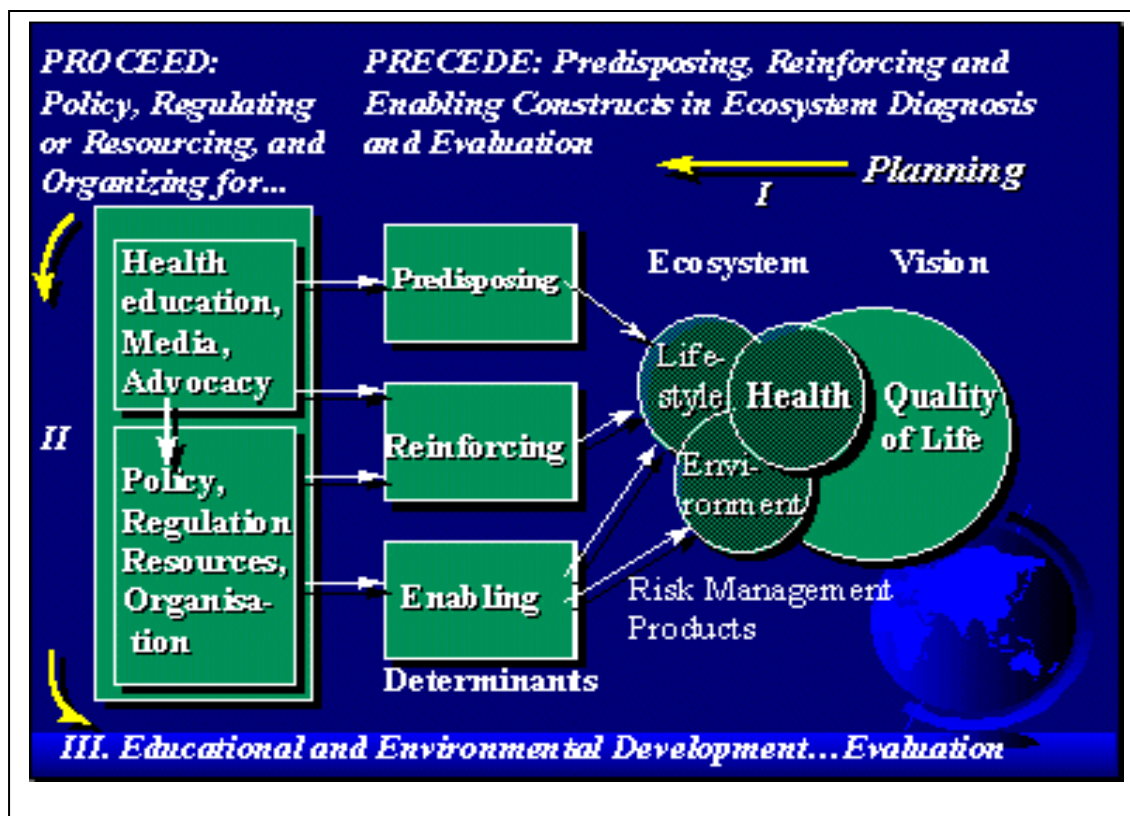
MODELLO PRECEDE-PROCEED

Autori: Lawrence W. Green, Marshall W. Kreuter; <http://www.lgreen.net>

Il modello è stato elaborato dagli autori nella sua versione completa nel 1991 (precedentemente Green aveva elaborato il modello PRECEDE, 1980) in collaborazione con un gruppo di ricercatori universitari degli Stati Uniti, il Public Health Service e il Center for Disease Control and Prevention (CDC).

Questo modello (fig 4) è stato applicato, sperimentato, studiato, esteso in oltre 960 studi pubblicati e in migliaia di progetti non pubblicati aventi come setting di intervento la comunità, la scuola e l'ambiente di lavoro.

Fig 4: PRECEDE PROCEED, Green e Kreuter, 2005 (IV edizione).



Parole chiave: partecipazione, complessità, contesto, valutazione, determinanti di salute.

Caratteristiche del modello

Tale modello unisce pianificazione e valutazione in sequenza logica, sottolineando come la valutazione, in quanto continuum che pervade tutte le fasi della pianificazione, debba aver inizio con la definizione degli obiettivi identificati in corrispondenza delle fasi di diagnosi. Inoltre:

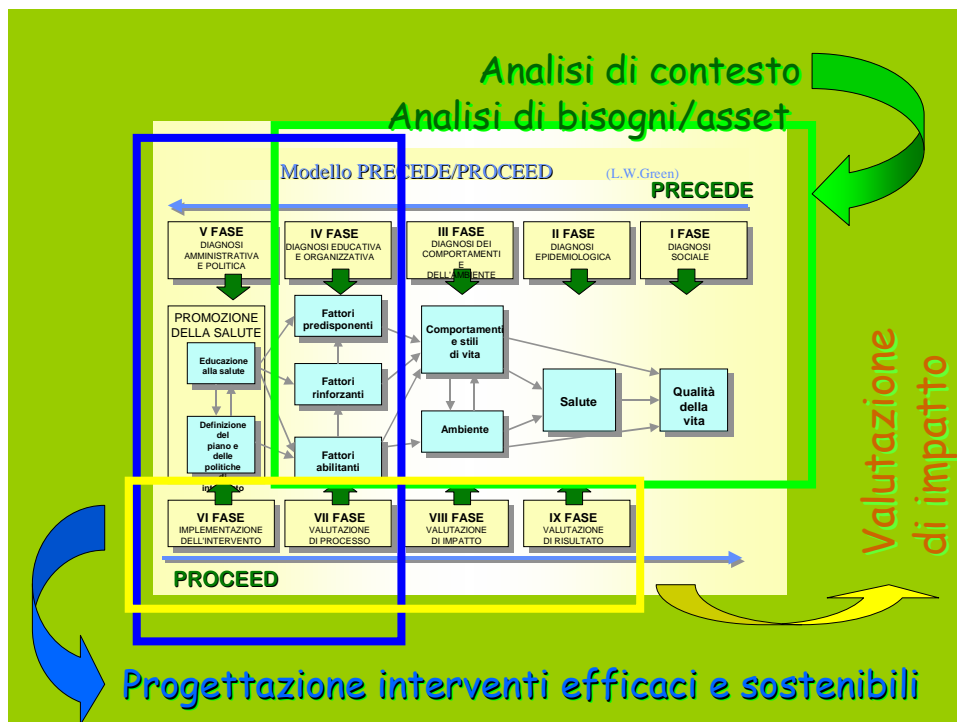
- colloca, osserva, descrive i comportamenti di salute nel contesto, alla luce delle sue caratteristiche
- coniuga, un approccio “legato ai contesti” con un approccio “legato all’individuo”
- comporta, in termini di progettazione e realizzazione di interventi, la conduzione di valutazioni (assessment) di contesto, di processo e di risultato, la definizione di obiettivi e la progettazione di attività orientati alla modifica/cambiamento sia dei comportamenti del singolo/del gruppo (approccio educativo) sia delle condizioni del contesto che “sostengono” i comportamenti scorretti (approccio socio-ecologico)
- focalizza l’attenzione sugli obiettivi di outcome/salute a lungo termine (goals): identifica i “desiderata” per ricostruire a ritroso gli elementi che sostengono il suo raggiungimento
- prevede un’attiva partecipazione della comunità
- tiene conto della complessità della realtà: riconosce il ruolo dei molteplici attori, dei portatori di interesse, ne ricerca i contatti, ne promuove il coinvolgimento attivo al fine di costruire un “contesto di supporto”.

Il modello coniuga due percorsi tra loro complementari (PRECEDE e PROCEED) articolati in fasi distinte ma interdipendenti:

- PRECEDE (Predisposing Reinforcing Enabling Constructs and Ecological Diagnosis). Questo percorso è finalizzato alla raccolta di informazioni attraverso molteplici valutazioni (assessment). Ogni fase è contraddistinta da sforzo e impegno nel coinvolgere la popolazione di riferimento. L’obiettivo ultimo è individuare e descrivere i determinanti predisponenti, abilitanti e rinforzanti dei comportamenti a rischio. L’assessment sociale è una strategia di motivazione alla consapevolezza culturale attraverso approcci partecipativi alla progettazione. L’analisi della situazione accresce la sensibilità e l’attenzione nei confronti delle caratteristiche del contesto, comprese le energie e le risorse dell’organizzazione e della comunità cui il progetto è rivolto.
- Occorre, infine, ponderare le risorse economiche e umane, i tempi, le politiche necessarie, disponibili o da ricercare affinché si possano attuare gli interventi in grado di promuovere i cambiamenti identificati. Gli interventi, inoltre, saranno selezionati sulla base delle prove di efficacia disponibili.
- PROCEED (Policy Regulatory Organizational Constructs in Educational and Environmental Development) Questo percorso è finalizzato alla progettazione, realizzazione e valutazione degli interventi indicati dalla letteratura e sostenibili dal gruppo di progetto. Il modello mira alla verifica dei risultati dell’intervento, ma anche alla valutazione dell’intervento stesso.

Il modello (fig 5) ripercorre sostanzialmente le fasi logiche della progettazione classica: sottolinea la ciclicità e la ricorsività delle stesse e sollecita i progettisti a muoversi con flessibilità tra di esse. I progettisti sono intesi come operatori che facilitano e sostengono, in un processo partecipativo e collaborativo, i destinatari finali e i diversi portatori d’interesse (che ruotano intorno a loro) nel percorso di cambiamento.

Fig 5: modello PRECEDE PROCEED, modificato da Dors⁴²



Le domande che dovrebbero guidare il processo di progettazione nella riflessione e nell'azione sono le seguenti:

- quali sono le condizioni, le risorse, le opportunità (cioè gli asset sociali, economici, politici, ambientali, fisici, umani...) del contesto che a livello individuale, di gruppo e di comunità agiscono come fattore protettivo nei confronti dello stress e dei rischi per la salute e/o come fattore favorente il benessere e la salute individuale e collettiva? (*fase di analisi di contesto/asset*)
- quali sono i fattori prossimi al destinatario finale che possono condizionare, positivamente o negativamente, le sue risorse interne predisponenti al cambiamento? Quali sono le risorse e le opportunità del contesto che lo possono aiutare e abilitare nel cambiamento? Quali sono le relazioni sociali che lo possono rinforzare nella sua motivazione e agevolare il cambiamento? (*fase di analisi dei bisogni/asset*)
- quali sono le esperienze di altri contesti, sullo stesso tema, che hanno dimostrato un qualche livello di efficacia pratica dei progetti/interventi (buone pratiche)? Quali sono le raccomandazioni, le evidenze e i modelli di cambiamento disponibili che forniscono elementi di qualità ed efficacia al progetto? Come possiamo integrare efficacia pratica e evidenze nel nostro progetto? (*fase di progettazione di interventi efficaci*)
- il progetto, che si sta pensando e sviluppando, si inserisce su una linea di continuità di azioni e politiche già presenti nel territorio? L'intervento è già pensato, nella fase di progettazione, affinché gli individui, i gruppi e la comunità acquistino autonomia e proseguano nel cambiamento desiderato, anche dopo la fine dell'intervento? (*fase di progettazione di interventi sostenibili*)

42 Non abbiamo usato l'ultima versione del modello (2005) perché questa, pur essendo meno completa, ci sembra più chiara dal punto di vista comunicativo e formativo in quanto esplicita i diversi livelli del modello stesso

- quali sono i cambiamenti che gli individui, i gruppi e le comunità desiderano? Come li possiamo misurare in termini quantitativi e qualitativi? Quali risorse abbiamo a disposizione per pensare ed effettuare la valutazione? Quale ruolo possono avere i diversi attori: i destinatari finali, i portatori d'interesse, gli operatori, gli esperti di valutazione? (*fase di valutazione di impatto*)

Valore aggiunto del modello

- valorizza la partecipazione
- fondato su molteplici discipline: epidemiologia, scienze dell'educazione, scienze del comportamento, sociologia,...
- cerca di aprire la "black box" andando a identificare i determinanti dei comportamenti di salute, scomponendoli nelle varie dimensioni personali (determinanti predisponenti), ambientali (determinanti abilitanti) e relazionali (determinanti rinforzanti)
- accerta i bisogni e le condizioni della popolazione di riferimento
- prevede una pianificazione congruente tra bisogni e attività
- è flessibile, adattabile al contesto e anche a temi diversi
- sottolinea l'importanza di scegliere interventi pertinenti e di provata efficacia
- la valutazione costante, fonte di feedback lungo tutto il percorso di progettazione e realizzazione degli interventi
- modello di analisi, di ricerca-azione, di progettazione partecipata; è uno strumento qualitativo e non solo quantitativo
- ripercorre, nelle sue fasi, la storia naturale del problema di salute e dei suoi determinanti
- l'analisi del contesto e l'identificazione dei determinanti permettono di declinare i risultati in termini di processo, outputs, impatto, outcomes di salute, benessere/qualità della vita, effetti inattesi.

Confronto tra modello PRECEDE-PROCEED e modello IDM

I due modelli sono portatori di **principi comuni** quali l'attenzione riservata al contesto, il ruolo attribuito al confronto/partecipazione dei diversi attori coinvolti, una coerenza tra la scelta degli interventi e le prove di efficacia disponibili.

PRINCIPI	MODELLO	
	PRECEDE-PROCEED	MODELLO IDM
Analisi accurata del contesto ambientale	X	X
Conoscenza approfondita del problema di salute e dei comportamenti correlati	X	X
Selezione accurata dei fattori individuali, sociali, ambientali	X	X
Ricerca di momenti di dialogo e discussione nel gruppo di progetto	X	X
Valorizzazione delle risorse e delle competenze della comunità	X	
Ricerca della partecipazione di tutti i destinatari e dei portatori di interesse	X	
Valore delle teorie di riferimento per la promozione della salute	X	X
Forte coerenza progettuale, selezione e realizzazioni di azioni, interventi di provata efficacia	X	X
Attenzione alla sostenibilità e alla trasferibilità	X	X
Valutazione continua	X	

I due modelli si differenziano per le seguenti caratteristiche:

- il modello PRECEDE PROCEED, pur proponendo una struttura di progettazione e di valutazione complessa, articolata in più fasi, accompagna il gruppo di progetto passo dopo passo attraverso valutazioni progressive per la progettazione di interventi di buona pratica sostenibili e trasferibili
- il modello PRECEDE PROCEED si caratterizza per una maggiore valenza didattica per coloro che si affacciano al mondo della promozione della salute con poche conoscenze metodologiche relative alla progettazione
- il modello IDM propone una struttura operativa analitica, in cui sono particolarmente evidenziati i fondamenti teorici della promozione della salute, le prove di efficacia e l'equità degli interventi
- la struttura di progettazione dell'IDM richiede agli operatori uno sforzo maggiore di applicazione
- l'IDM può essere utile per la formazione, l'orientamento degli operatori e la costituzione di un gruppo di lavoro perché permette di creare solide basi valoriali e teoriche condivise.

Allegato 3

SWISS BEST PRACTICE FRAMEWORK for Health Promotion & Prevention

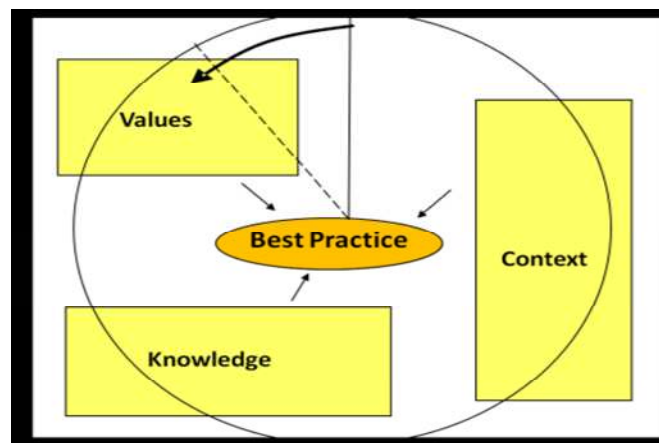
Ursel Broesskamp-Stone and Günter Ackerman, *Health Promotion Switzerland 2010*;

<http://www.gesundheitsfoerderung.ch/?lang=i> search function: search for "best practice";

<http://www.Quintessenz.ch>

Con il suo impegno nell'ambito della best practice, Promozione Salute Svizzera ha voluto prendere posizione nelle discussioni tra esperti, in modo particolare nel dibattito sull'evidenza, e ha definito degli standard chiari in questo settore. Anche questo modello (fig 6), come i due precedentemente illustrati sottolinea le tre dimensioni indispensabili per una buona pratica in promozione della salute: i valori fondanti la promozione della salute, le conoscenze scientifiche (unite all'opinione degli esperti e alle conoscenze dedotte dalla pratica) e l'attenta considerazione del contesto.

Fig 6: modello Radar. Swiss Best Practice Framework



Modello radar_ Health Promotion Switzerland

Solo la sistematica e periodica riflessione su queste tre dimensioni può permettere di produrre decisioni, attività e interventi efficaci e sostenibili. Occorre agire come la sonda di un radar che continua a muoversi perlustrando la zona aerea di riferimento. In questo senso, documentare e rendere disponibili per la comunità le proprie esperienze pratiche è fondamentale in quanto favorisce un apprendimento sistematico e un aggiornamento costante dei professionisti.

Parole chiave: contesto, conoscenze, valori.

Caratteristiche del modello

Lo scopo di questo modello è descrivere gli standard professionali identificati nella letteratura scientifica in argomento e renderli operativi attraverso la definizione di “criteri”.

Le domande chiave alla base di tale modello sono:

- Cosa influenza la salute? (conoscenze sui determinanti di salute)
- Cosa funziona con queste persone ed in queste condizioni? (evidenze scientifiche su opzioni di intervento)
- Cosa fare e perché? (scelta intervento in relazione al contesto e basata su norme e valori)
- Come farlo qui? (implementazione contesto specifica)
- Quali cambiamenti abbiamo ottenuto? (conoscenze riguardo l'efficacia pratica dell'intervento)
- Cosa abbiamo imparato? (conoscenze circa l'implementazione i suoi benefici e la distribuzione).

I criteri che vengono identificati sono:

- Criterio iniziale trasversale: quando si progetta, si implementa o si valuta in promozione della salute occorre dedicare il tempo necessario all'attenta, periodica e sistematica valutazione di valori, conoscenze scientifiche e contesto (modello radar), con appropriati strumenti.
- Valori: quando si devono prendere decisioni strategiche e quando si pianifica, si attua o si valuta un intervento, i valori etici fondamentali della promozione della salute devono essere attentamente considerati, discussi ed esplicitati ai principali portatori di interesse e ai destinatari. Le decisioni strategiche dovrebbero sempre essere in linea con tali valori e, nel caso sia necessario stabilire tra questi valori delle priorità, i criteri di scelta devono essere chiaramente definiti ed esplicitati.
- Conoscenze scientifiche: Le decisioni e le attività pianificate devono essere scelte sulla base delle indicazioni e delle prove di efficacia presenti in letteratura, che devono essere sistematicamente esplorate ed analizzate, utilizzando le principali fonti scientifiche disponibili. Nel caso le attività non siano conformi alle indicazioni scientifiche deve essere chiaramente esplicitato e documentato il motivo che ha determinato la scelta operativa. Insieme alle conoscenze scientifiche disponibili devono essere considerate anche le indicazioni degli esperti e le informazioni derivanti da precedenti esperienze pratiche (esempi di buona pratica descritti da operatori).
- Contesto: nella progettazione, implementazione e valutazione di progetti/programmi di promozione della salute, deve essere dedicata una attenzione particolare alle caratteristiche del contesto specifico che deve essere studiato, analizzato e descritto al fine di valutare la trasferibilità delle conoscenze scientifiche al contesto specifico, operare e documentare gli opportuni cambiamenti e valutare la sostenibilità delle azioni
- Criterio finale trasversale: si deve tendere al raggiungimento dei benefici positivi attesi e all'evitamento di eventuali danni per la salute dei cittadini e della comunità.

Valore aggiunto del modello

Il modello sottolinea l'importanza dell'aggiornamento professionale e della riflessione costante su valori, conoscenze scientifiche e caratteristiche del contesto.

Inoltre tale modello presenta suggerimenti e linee guida per la pratica nella selezione delle evidenze scientifiche disponibili, nella creazione di guide metodologiche per gli operatori, per lo sviluppo di alleanze e collaborazioni intersettoriali e per tutte le aree di competenza dei professionisti in promozione della salute.

Infine è stata creata quint-essenz, la piattaforma per lo sviluppo della qualità nella prevenzione e nella promozione della salute⁴³. Tale piattaforma, concepita da esperti del settore della promozione della salute e della prevenzione, è rivolta a tutti coloro che sono impegnati nella pianificazione, realizzazione e valutazione di progetti nei settori della prevenzione e della promozione della salute e comprende un sistema qualitativo con il quale pianificare, gestire e valutare i propri progetti, un tool di gestione progettuale online e una piattaforma di scambio ad uso della community.

Il sistema qualitativo proposto comprende 24 criteri qualitativi suddivisi in 6 settori:

1. **Promozione della salute** (equità, empowerment, setting, partecipazione)
2. **Motivazione** (necessità, esigenze, collocamento, condizioni quadro, insegnamenti) 3. **Pianificazione** (obiettivi, procedura, suddivisione in tappe, risorse)
4. **Organizzazione** (struttura processuale, qualifiche, interconnessioni)
5. **Motivazione** (controlling, valutazione, documentazione, comunicazione, motivazione)
6. **Esiti** (obiettivi raggiunti, continuità, valorizzazione).

43 <http://www.quint-essenz.ch/it>

Allegato 4

GOOD PRACTICE APPRAISAL TOOL

Who Regional Office for Europe, 2010;

http://www.euro.who.int/__data/assets/pdf_file/0007/149740/e95686.pdf

Parole chiave: intervento, processi, implementazione pratica

Caratteristiche dello strumento

Strumento composto da 44 criteri, pensato per i programmi che si occupano di obesità, alimentazione ed attività fisica, con l'obiettivo di:

- monitorare e documentare alcuni aspetti dei programmi di documentata efficacia pratica (effectiveness)
- valutare sistematicamente la qualità dei programmi attraverso una serie di criteri qualitativi predefiniti
- creare una graduatoria qualitativa degli interventi per fornire delle basi metodologicamente adeguate per future iniziative/progetti.

Valuta 3 aree: il disegno generale dell'intervento, i processi di monitoraggio e di valutazione e la implementazione pratica del progetto.

La metodologia usata per lo sviluppo dello strumento è basata sulla attenta revisione della letteratura (parole chiave: criteri di valutazione, strumento per l'assessment dell'obesità, interventi di salute pubblica e sistemi di attribuzione di punteggio), sulle raccomandazioni espresse dai principali esperti di settore (emerse da un meeting del 2008) e dalla valutazione pilota dello strumento da parte di valutatori indipendenti.

Valore aggiunto dello strumento

E' stato formulato dal WHO Regional Office for Europe e quindi presenta una riflessione transnazionale (europea) da parte di una istituzione di massimo rilievo nel settore ed è caratterizzato da una chiara consistenza metodologica nella sua costruzione.

Permette di calcolare punteggi parziali per ogni area e un punteggio medio totale delle tre aree.

E' accompagnato da un questionario d'ingresso per i progettisti, composto da 44 domande relative ai materiali di riferimento (descrizione del progetto, sitografia, report di valutazione, budget, cronoprogramma).

Una buona pratica è identificata da un punteggio uguale o superiore all'80% del massimo punteggio ottenibile sia nelle singole sezioni che nel totale. Prevede una valutazione indipendente da parte di due esperti del settore.

Allegato 5

PROJECT CYCLE MANAGEMENT

European Commission, DGVIII, Evaluation Unit, 1993;

- [http:// ec.europa.eu/europeaid/multimedia/.../t101_en.htm](http://ec.europa.eu/europeaid/multimedia/.../t101_en.htm);
- <http://db.formez.it/guideutili.nsf/1bac62e165abd03cc12570bd002a765b/a31f3d13f24d0349c12570bc0036d103?OpenDocument>
- http://progettazione.formez.it/tag_documenti/PCM

Parole chiave: partecipazione, qualità, quadro logico, sostenibilità, approccio integrato

Caratteristiche del metodo

Il Project/Programme Cycle Management (PCM - Gestione del Ciclo di Progetto/di Programma) è il metodo introdotto dalla Commissione Europea nel 1993 come standard di qualità per l'ideazione, la progettazione esecutiva, l'attuazione e la valutazione dei progetti e dei programmi. Il PCM fornisce un approccio coerente a tutte le componenti del ciclo di intervento, assicurando un orientamento al beneficiario (pertinenza), una visione globale degli interventi (fattibilità e sostenibilità) ed un monitoraggio ed una valutazione efficaci. Trattandosi di un percorso ciclico, il PCM consente di sottoporre il progetto a verifica continua, sin dalla sua prima formulazione e di intervenire in itinere sull'attività progettuale, apportando modifiche e/o miglioramenti.

Questo metodo è utilizzato da oltre 20 anni con successo da alcune delle principali agenzie internazionali di sviluppo e dai governi nazionali di molti Paesi.

Una delle ragioni per cui le organizzazioni internazionali hanno trovato utile adottare l'approccio del PCM è che esso aiuta a fare progetti "migliori" nel senso che costringe a porre attenzione, in fase di progettazione, ad alcuni aspetti quali: la pertinenza, la coerenza interna e la sostenibilità.

Rispetto al criterio della *pertinenza* il PCM auspica, che le decisioni "a monte" sugli interventi siano sempre più basate su problemi reali espressi dai destinatari degli interventi e che, quindi, destinatari e attori chiave intervengano o siano coinvolti anche nella fase di progettazione iniziale (pertinenza della proposta iniziale).

La *coerenza interna* verifica la consistenza dei legami logici tra i diversi elementi del progetto (attività, risultati, obiettivi). In altre parole verifica, prima della partenza del progetto, che le attività previste portino effettivamente a quei risultati e che quei risultati conducano agli obiettivi stabiliti. Questo tipo di progettazione strutturata è resa possibile dall'utilizzo del Quadro Logico (Logical Framework o Logframe), una matrice di progettazione di massima che permette di inquadrare in modo sintetico, chiaro e facilmente trasmissibile gli elementi fondamentali di un'idea progettuale.

Infine la *sostenibilità* potenziale di una proposta progettuale può essere valutata a fronte dei seguenti aspetti: sostegno politico al progetto, uso di tecnologie appropriate, tutela ambientale, considerazione delle differenze sociali, culturali e di genere, capacità gestionale e sostenibilità economica.

Valore aggiunto del metodo

E' ormai consolidato nella prassi e nella letteratura che il successo di una qualsiasi iniziativa dipende da una molteplicità di fattori, interni ed esterni, tale da rendere difficile la definizione di standard operativi in grado di garantirne a priori il successo; tuttavia esistono elementi imprescindibili in mancanza dei quali la riuscita di un progetto è tutt'altro che scontata. Questi sono: il coinvolgimento attivo dei beneficiari finali e degli attori chiave finalizzato alla definizione dei problemi reali del territorio; la definizione di obiettivi in grado di affrontare i problemi identificati e di migliorare le condizioni di vita dei beneficiari degli interventi; la misurabilità dei benefici prodotti attraverso l'utilizzo di indicatori oggettivamente verificabili. La forza del PCM sta nella considerazione e nella esplicitazione operativa di tali criteri.

Il PCM inoltre favorisce la *governance* del processo progettuale attraverso i seguenti principi: partecipazione, responsabilità, efficacia, trasparenza e coerenza.

Il PCM supporta il principio della *partecipazione* sotto due aspetti:

- il metodo richiede specificamente che i proponenti di progetto identifichino gli attori chiave e spieghino perché e come partecipano (o non partecipano) alla progettazione, all'attuazione ed alla valutazione
- il metodo fornisce strumenti standard a tutti i proponenti, ad esempio: workshop partecipativi strutturati, Matrice del Quadro Logico (Logical Framework Matrix).

Il PCM rafforza il principio della responsabilità in quanto:

- nei bandi di gara e negli indicatori di progetto gli obiettivi devono essere chiaramente quantificati e devono essere condotte attività di valutazione
- facilita il monitoraggio (permette di apprezzare le variazioni rispetto alle diverse fasi progettuali e agli indicatori).

Il PCM contribuisce al principio dell'efficacia in quanto:

- sia i bandi di gara sia i progetti si focalizzano sul gruppo bersaglio specifico e identificano ciò che viene fornito loro e quali benefici otterranno
- il criterio di sostenibilità riguarda aspetti quali la lotta contro la discriminazione, il genere e l'autonomia finanziaria.

Il metodo supporta il principio della trasparenza in quanto i criteri di valutazione dei progetti proposti sono pubblici e sono identici per tutti i bandi di gara.

Il PCM contribuisce al principio della coerenza in quanto:

- i bandi di gara attuativi dei progetti hanno obiettivi ed indicatori interconnessi
- ai proponenti di progetto non sono poste domande che non concernono direttamente la valutazione e, pertanto, nessuna domanda è ridondante.

Infine, il metodo rafforza un quadro di riferimento normativo equo e attuato con imparzialità in quanto i criteri comuni di valutazione sono utilizzati nello stesso modo da soggetti diversi.

Il QL (Quadro Logico, fig 7) è uno degli strumenti fondamentali del PCM, permette di avere un quadro completo ed esaustivo del progetto attraverso una matrice a doppia entrata dove figurano le parti salienti del progetto. È un approccio che utilizza la tecnica del problem solving con la partecipazione di tutte le persone interessate al progetto.

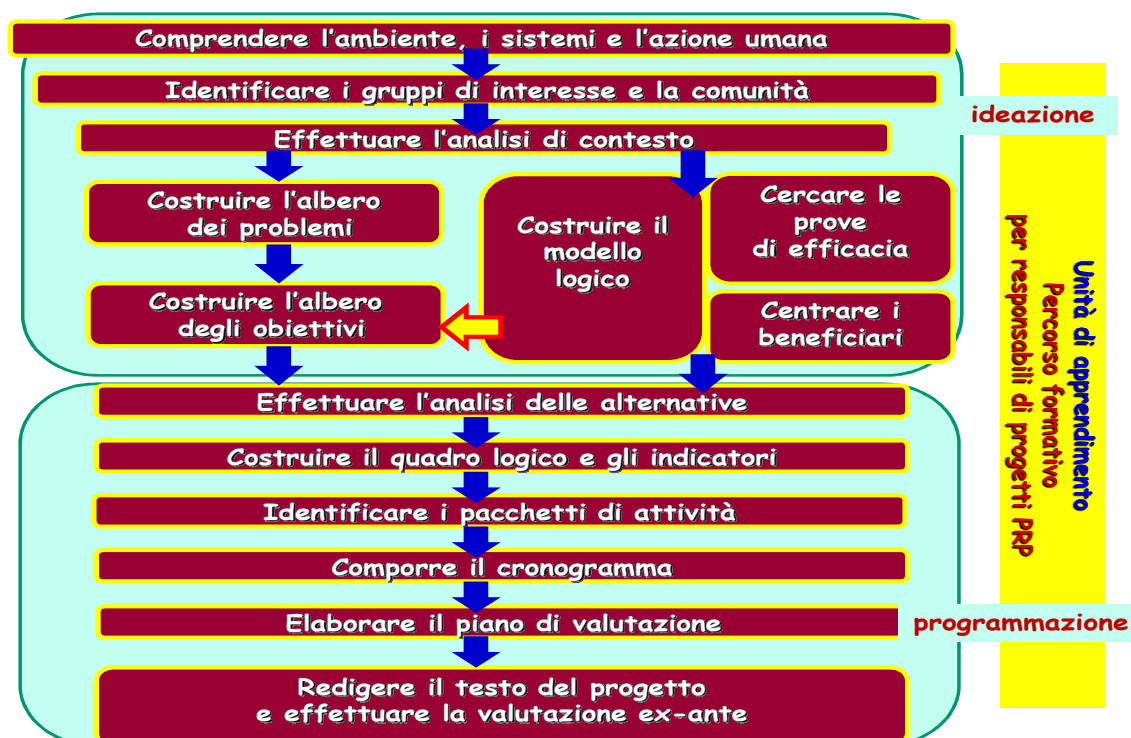
Fig 7: Il Quadro Logico di un progetto. Diapositiva di A. Perra⁴⁴

Finalità progetto	Logica dell'intervento	Indicatori verificabili obiettivamente	Mezzi di verifica	Rischi e assunzioni
Obiettivo generale				
Obiettivo specifico				
Risultati attesi				
Attività		Mezzi	Costi	



Il PCM e il QL rappresentano sistemi semplici e schematici per verificare la coerenza interna e la relazione esistente tra le varie componenti in cui un progetto si struttura. Ecco in sintesi (fig 8) lo schema del PCM

Fig 8: schema generale del metodo PCM (A. Perra, 2010)⁴⁵



44 Percorso Formativo per Responsabili Progetti del Piano Regionale della Prevenzione (materiali grigi) nell'ambito del Progetto di supporto al Piano Nazionale della Prevenzione PNP 2010-12, ISS-CNESPS 2010

45 ibidem

Allegato 6

GLOSSARIO DEI TERMINI UTILIZZATI

Allegato alla griglia per l'individuazione delle buone pratiche di prevenzione e promozione della salute

Attività/intervento: parte del progetto che stimola il cambiamento desiderato; viene effettuata in un setting specifico con l'uso di determinati strumenti (ad esempio: attività in aula scolastica, posizionamento di un distributore di snack salutari, attività proposte alla comunità). L'attività/intervento può essere di tipo: informativo, educativo, formativo, ambientale, politico-organizzativo, di riorientamento dei servizi sanitari, di sviluppo di comunità.

Buone pratiche: Kahan e Goodstadt (2001) le identificano come “quegli insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione”. Sono azioni efficaci che possono essere esportate in altri ambiti e contesti. Ed ancora, l'utilizzo di informazioni che derivano da una ricerca sperimentale e da un'indagine sistematica volte ad individuare le cause e i fattori che contribuiscono ai bisogni di salute e ad identificare le azioni più efficaci di promozione della salute che devono essere adottate in specifici contesti e popolazioni.

Collaborazioni e alleanze: la Carta di Bangkok (WHO; 2005) invita tutti i portatori di interesse a unirsi in un'alleanza mondiale per promuovere la salute, con azioni e impegni a livello globale e locale. L'alleanza è un'associazione o un patto, anche non espresso, costituito da due o più parti per raggiungere un fine comune e la collaborazione consiste nelle azioni specifiche mirate ad aiutare o sostenere qualcuno nello svolgimento di una qualsiasi attività per il raggiungimento di un obiettivo condiviso.

Costruzione di competenze(Capacity building): la costruzione di competenze è lo sviluppo di conoscenza, abilità, impegno, strutture, sistemi e leadership per rendere la promozione della salute efficace. Essa comprende azioni volte a migliorare la salute su tre livelli: la crescita di conoscenze e abilità tra gli operatori, l'incremento di supporto e infrastrutture dedicate alla promozione della salute nelle organizzazioni, lo sviluppo di coesione e collaborazioni per la salute nelle comunità (WHO, 2006).

Destinatari: con destinatari dell'intervento (o gruppo target) si intende l'insieme dei soggetti coinvolti nell'intervento di promozione della salute. Possono essere

- **Destinatari intermedi:** sono i soggetti cui l'intervento non è rivolto in maniera diretta ma che dall'intervento apprendono nuove abilità da utilizzare anche in altri contesti/situazioni. Sono persone che giocano un ruolo di mediazione rispetto all'intervento proposto. Ad esempio gli insegnanti di una scuola, i genitori dei bambini cui è rivolto un determinato intervento, gli operatori sociali e/o sanitari

- **Destinatari finali:** sono i soggetti cui è direttamente rivolto l'intervento. Possono essere raggiunti attraverso un intervento diretto o attraverso un gruppo target intermedio (intervento indiretto). Ad esempio studenti, gruppi svantaggiati, bambini.

Determinanti: "La gamma di fattori personali, socioeconomici e ambientali che determinano lo stato di salute delle singole persone o delle popolazioni."(WHO, 1998, p. 7).

Sono fondamentali da analizzare per programmare interventi efficaci di promozione della salute. I principali determinanti di salute sono le condizioni di vita dal punto di vista culturale, sociale, economico e ambientale, così come i comportamenti personali e sociali (stili di vita), che da queste stesse sono fortemente influenzati. Questi elementi possono essere predisponenti, protettivi o abilitanti rispetto alle condizioni di salute. La realizzazione di un cambiamento degli stili di vita che influenzano lo stato di salute è considerata un risultato intermedio rispetto alla salute (WHO; 1998).

Efficacia (efficacy): capacità di un progetto di raggiungere gli obiettivi fissati (Leone, Prezza, 1999).

Per promozione della salute basata sulle prove (evidence based health promotion) si intende l'utilizzo di informazioni che derivano da una ricerca sperimentale e da una indagine sistematica volte a individuare le cause e i fattori che contribuiscono ai bisogni di salute e a identificare le azioni più efficaci di promozione della salute che devono essere adottate in specifici contesti e popolazioni (WHO, 2006).

Le migliori prove di efficacia di un intervento, di un metodo o di una procedura vengono identificate attraverso una ricerca sistematica della letteratura. I professionisti della salute non hanno la possibilità di padroneggiare l'enorme quantità di informazioni disponibili. Attualmente, senza un metodo di sintesi e di valutazione critica delle conoscenze, sono incapaci di decidere quali nuove conoscenze introdurre (e quali vecchie conoscenze abbandonare) nella loro attività. Tra le prove di efficacia vi sono:

- Gli *studi clinici controllati randomizzati* (randomized clinical trial, RCT) rappresentano le migliori prove di efficacia disponibili. Gli studi clinici controllati sono studi sperimentali che permettono di valutare l'efficacia di uno specifico trattamento in una determinata popolazione. Con il termine trattamento si intendono convenzionalmente non solo le terapie, ma tutti gli interventi (diagnostici, di screening, di educazione sanitaria) o anche l'assenza di intervento.
- Le *revisioni sistematiche* (RS) differiscono dalle revisioni tradizionali della letteratura in quanto riuniscono, in una misura di efficacia, i risultati di tutti gli studi clinici condotti su di un determinato argomento, ottenendo una stima basata su di un numero maggiore di soggetti, quindi statisticamente più stabile e clinicamente più affidabile. Non è raro che studi clinici condotti sullo stesso argomento diano risultati contrastanti. Una RS serve a fornire un dato conclusivo su di un trattamento controverso, poiché genera un'indicazione unica e complessiva a partire dalle informazioni, anche contrastanti, contenute nei singoli studi clinici analizzati.
- Con il termine *metanalisi* (utilizzato talvolta impropriamente come sinonimo di RS) si definisce invece la tecnica clinico-statistica che consente di assemblare, in un unico risultato cumulativo, i risultati di più studi clinici su di un medesimo trattamento.

- Le *linee guida* sono raccomandazioni cliniche sviluppate in modo sistematico per assistere i professionisti della salute e i pazienti nelle decisioni sulla gestione appropriata di specifiche condizioni cliniche.

Efficacia pratica (effectiveness): validità esterna di un programma in contesti diversi da quello iniziale. Lo studio della trasferibilità di un programma (Transferability, Adaptation) riguarda la conoscenza e la disseminazione delle condizioni sotto le quali un programma può essere ritenuto efficace, e quindi utilizzato, in contesti diversi da quello nel quale è stata testata la sua efficacy, massimizzandone i potenziali risultati.

Empowerment: il processo attraverso il quale le persone e le comunità acquisiscono il controllo sulle decisioni e sulle azioni che riguardano la propria salute (Health Promotion Glossary, WHO, 1998). "E' un processo di azione sociale attraverso il quale le persone, le organizzazioni e le comunità acquisiscono competenza sulle proprie vite, al fine di cambiare il proprio ambiente sociale e politico, per migliorare l'equità e la qualità della vita" (Wallerstein 2006). Tale definizione contempla, oltre all'aspetto psicologico dell'empowerment, anche quello organizzativo e di comunità, presentando l'empowerment quale costruito multilivello. Laverack e Labonte (2000), descrivono l'empowerment come un processo che si sviluppa attraverso un continuum dinamico ed evolutivo che comprende:

- empowerment personale
- sviluppo di piccoli gruppi di supporto
- organizzazioni di comunità
- partnership tra organizzazioni
- azione sociale e politica

Tale classificazione di Laverack e Labonte appare particolarmente interessante perchè è proposta all'interno di un quadro concettuale che cerca di ricomporre due diversi approcci alla promozione della salute: quello "bottom-up" che contraddistingue l'empowerment di comunità e quello "top-down" che caratterizza le campagne di prevenzione di sanità pubblica.

Equità: "Equità nella salute significa che le esigenze delle persone guidano la distribuzione delle opportunità (nel conseguimento del) di benessere." (Ottawa Charter, WHO, 1986). Relativamente alla salute, equità significa che tutte le persone dovrebbero avere pari opportunità di migliorare e preservare la propria salute, in virtù di un accesso equo e giusto alle risorse per la salute. Se individui o gruppi, per motivi di sesso, di etnia, di estrazione sociale vengono avvantaggiati o discriminati nell'accesso alle risorse in termini di salute, si parla di iniquità sociale. Il programma dell'OMS "la salute per tutti" e la Carta di Ottawa mirano, riducendo ed eliminando le disparità sociali, a raggiungere una maggiore equità nella salute.

Gruppo di lavoro: un gruppo di lavoro (team) è composto da più persone, con un elevato livello di interdipendenza, che collaborano per il raggiungimento di un obiettivo o l'esecuzione di un compito. Il

gruppo esiste quando questi individui si definiscono come membri e quando la sua esistenza è riconosciuta da almeno un altro individuo.

In promozione della salute deve essere **multiprofessionale, multidisciplinare, e multisettoriale**, al fine di permettere una migliore lettura dei problemi di salute e della complessità del contesto in cui ha luogo un intervento.

- **Multiprofessionale:** si intende un gruppo composto da operatori e/o decisori con professionalità diverse (medico, assistente sociale, insegnante, psicologo, rappresentante dei destinatari, ecc).
- **Multidisciplinare:** si intende un gruppo composto da operatori e/o decisori con stessa professionalità ma discipline diverse (insegnante di italiano, insegnante di matematica, dirigente scolastico; oppure medico psichiatra, medico oncologo, medico cardiologo)
- **Multisetoriale:** si intende un gruppo riferito a settori professionali differenti. Questi possono essere servizi diversi di una stessa organizzazione (es. settore amministrativo, settore produttivo, settore commerciale di una Azienda) oppure settori diversi (Sanità, Scuola, Trasporti, Enti Locali, Associazionismo e Volontariato, ecc). L'azione intersettoriale a favore della salute viene considerata fondamentale per poter assicurare maggior equità nella salute, soprattutto quando la possibilità di progredire dipende da decisioni e azioni prese in altri settori quali ad esempio l'agricoltura, l'istruzione e la finanza. Uno degli obiettivi principali dell'azione intersettoriale consiste nel suscitare una maggiore consapevolezza delle conseguenze che le decisioni politiche e le prassi organizzative adottate in settori diversi hanno sulla salute.

Indicatori: un indicatore è una misura sintetica (numerica o percentuale) che dà indicazioni su un particolare fenomeno. Un indicatore di salute è una caratteristica di un individuo, di una popolazione o di un ambiente, direttamente o indirettamente sottoposta a misurazione e può essere usato per descrivere uno o più aspetti della salute di un individuo o di una popolazione (qualità, quantità e tempo). L'espressione "indicatore di salute" può essere impiegata per definire i problemi di salute pubblica in un particolare momento, i mutamenti nel tempo del livello di salute di una popolazione o di una singola persona, le differenze nell'ambito della salute che si registrano tra le varie popolazioni e, infine, per valutare fino a che punto si siano raggiunti gli obiettivi di un determinato programma.

Fra gli indicatori di salute si possono annoverare le misurazioni dello stato di malattia o della condizione patologica più comunemente usate per valutare i risultati di salute, oppure gli aspetti positivi della salute, quali la qualità di vita, le capacità di vita o l'aspettativa di vita, o i comportamenti e le azioni degli individui connessi alla salute.

Impatto: effetto. La valutazione di impatto sulla salute è: "Una combinazione di procedure, metodi e strumenti per mezzo dei quali una politica, un piano o un progetto possono essere giudicati sui loro potenziali effetti sulla salute di una popolazione, e sulla distribuzione di questi effetti all'interno della popolazione stessa". (WHO, 2006). La valutazione di impatto sulla salute prende in considerazione sia gli impatti positivi che quelli negativi e può essere utilizzata per individuare nuove opportunità per la promozione della salute.

Meccanismi: modalità (di funzionamento) attraverso cui le caratteristiche dell'ambiente e della popolazione permettono o ostacolano il raggiungimento degli obiettivi prefissati.

Obiettivi: lo scopo e i fini desiderati per cui viene realizzato un progetto. Gli obiettivi dovrebbero essere SMART: Specifici, Misurabili, Accettabili (condivisi) Realistici, Temporizzati (delimitati nel tempo) (Morosini, Ferraro, 2001).

Partecipazione: la partecipazione consiste in azioni determinate, in un coinvolgimento di tipo decisionale, sia nel senso stretto di decisione su temi che di scelta di persone destinate ad occupare cariche politiche. Al polo opposto abbiamo invece che la partecipazione significa una incorporazione attiva nell'ambito di una solidarietà socio-politica a diversi e possibili livelli (Pasquino, 1997; Fici, 2002; Millefiorini, 2002, Ripamonti, 2011). I programmi di promozione della salute hanno un maggiore successo se sono integrati nella vita quotidiana delle comunità, basati sulle tradizioni locali e condotti da membri della comunità stessa. (Delineare il futuro della promozione della salute: le priorità per l'azione. IUHPE, 2007).

Piano: "progetto o programma rispondente ad una attuazione tecnica" (Vocabolario della lingua italiana Devoto-Oli). Per piano qui si intende un insieme di scelte e regole, solitamente organizzate nel tempo, per il conseguimento di un determinato obiettivo nel futuro e viene usato come sinonimo di strategia.

Programma: "enunciazione particolareggiata di ciò che si vuole fare,... degli obiettivi cui si mira e dei mezzi con i quali si ritiene di poterli raggiungere" (vocabolario della lingua italiana Devoto Oli). Il programma quindi è la scansione del percorso e la descrizione delle singole attività per raggiungere un determinato obiettivo tenendo conto delle risorse disponibili. E' la definizione operativa di un piano/strategia o di un progetto.

Progetto: si intende qui il percorso di realizzazione di un intervento (analisi del contesto, ideazione, realizzazione, gestione e valutazione) scritto e formalizzato (Orlandini, Nardelli, Bottignolo, 2002).

Riproducibilità: si intende "la possibilità offerta dal progetto/modello di essere riprodotto in presenza di problemi analoghi o simili a quelli che lo hanno originato". E' un concetto diverso dalla trasferibilità (cfr definizione specifica).

Risorse: insieme di elementi di un individuo/organizzazione che consentono di raggiungere i propri obiettivi

Risultati: I risultati della promozione della salute sono dei cambiamenti nelle peculiarità e nelle capacità personali e/o nelle azioni e nelle norme sociali e/o nelle prassi organizzative e nelle politiche pubbliche, attribuibili all'attività di promozione della salute. Si suddividono in

- **Output:** in promozione della salute indica generalmente il prodotto concreto di un intervento (in termini di corsi di formazione attivati o opuscoli realizzati, ecc)⁴⁶

⁴⁶ <http://www.ccm-network.it/azioni/files/materiali/formazione/bologna-ott09/ModelloGreen.pdf>

- **Impatto:** risultati a breve termine, generalmente i cambiamenti che il progetto ha prodotto sui determinanti (ad esempio aumento di conoscenze, cambiamento di credenze o cambiamento nello stile e nelle condizioni di vita di comportamenti che possono essere considerati frutto di uno o più interventi programmati (assunzione di più frutta e verdura ecc.). Sostanzialmente indicano il beneficio diretto che il destinatario target ha tratto dal progetto
- **Outcome:** sono i risultati a lungo termine. Consistono in cambiamenti nello stato di salute o nella qualità della vita, ad esempio riduzione della mortalità per incidenti stradali, meno disuguaglianze nell'accesso ai servizi o miglioramento della qualità della vita in alcune categorie specifiche.

Setting: “il luogo o il contesto sociale nel quale le persone si impegnano nelle attività quotidiane nelle quali i fattori ambientali, organizzativi e personali interagiscono per ripercuotersi sulla salute e sul benessere.”(WHO, 1998, p. 23).

Un setting è più di un luogo, esso funge sia da strumento che da risultato dell'interazione sociale. Gli individui appartengono a setting diversi e vengono influenzati da setting diversi. Nell'ambito della promozione della salute per setting o ambiente organizzativo s'intende un sistema sociale delimitato, analizzato e definito a fini d'interventi favorevoli alla salute e nel quale vengono prese le decisioni e le misure tecniche necessarie per provvedimenti concreti volti a promuovere la salute. Il concetto di setting generalmente ha una connotazione locale. Esempi di setting sono: scuola, azienda, comune, quartiere, famiglia. Un intervento ha maggiori possibilità di successo quanto più opera su differenti livelli: individuale, di gruppo, organizzativo, di comunità e di azione politico sociale (WHO, carta di Ottawa 1986, carta di Bangkok, 2005).

Sostenibilità: le azioni sostenibili di promozione della salute sono quelle in grado di mantenere i propri vantaggi per le comunità e le popolazioni oltre alla loro fase iniziale di implementazione. Azioni sostenibili possono continuare ad essere realizzate, tenendo conto dei limiti dati dai finanziamenti, dalle competenze, dalle infrastrutture, dalle risorse naturali e dalla partecipazione da parte dei portatori di interesse. (WHO, 2005).

Standard: uno standard è una caratteristica (o un insieme di caratteristiche) predefinita di una determinata categoria di oggetti o processi noti e accettati o dati per scontati. Uno standard, nei sistemi di misura, rappresenta una base di riferimento, un paradigma codificato.

Strategia: “il complesso dei mezzi e delle azioni adottati per raggiungere uno scopo” (vocabolario della lingua italiana Devoto-Oli). Una strategia è quindi la descrizione di scelte e regole, organizzate nel tempo, per raggiungere un determinato obiettivo nel futuro. Qui è usato come sinonimo di piano.

Teorie e modelli di cambiamento del comportamento: sono quelle teorie e modelli di spiegazione del comportamento umano in relazione alle scelte di salute. Analizzano quali elementi sono fondamentali per le scelte di salute e quali sono le relazioni reciproche. Il loro studio indica come agire per modificare i

comportamenti e le scelte di salute delle persone. Ad esempio: Self Efficacy model, modello trans teorico di Di Clemente e Prochaska, ecc.

Teorie e modelli di progettazione: teorie e modelli che guidano la progettazione di un intervento/attività. Forniscono una griglia, una chiave di lettura degli elementi in gioco e delle loro reciproche interazioni e offrono ai progettisti un modo semplice ma efficace per portare avanti quel processo di selezione dei fattori. Ad esempio: modello Precede-Proceed (Green e Kreuter, 1999).

Trasferibilità: è la capacità del progetto di essere utilizzato come modello in luoghi, contesti e situazioni differenti da quelli per i quali è stato realizzato. (ISFOL, "La metodologia ISFOL per l'individuazione e l'analisi delle buone pratiche in ambito FSE", 2004 [29/3/2005]. E' un concetto diverso dalla riproducibilità (cfr definizione specifica).

Valutazione: raccolta, analisi e interpretazione sistematica di dati e informazioni su come si realizza un intervento e su quali sono i suoi effetti. Comprende due aspetti

- *Processo:* affronta di norma l'aspetto procedurale e mira ad analizzare la congruenza tra gli obiettivi indicati ex ante e quelli perseguiti in fase di attuazione, il grado di cooperazione tra i vari soggetti coinvolti nella definizione attuazione delle politiche, il modo in cui vengono raggiunti i destinatari delle politiche, le procedure di partecipazione adottate, le risorse impiegate per realizzare l'intervento; gli ostacoli o le facilitazioni incontrati nella implementazione dell'intervento
- *Impatto risultato:* analizza se e come il progetto abbia raggiunto gli obiettivi prefissati (cfr definizione di risultati).

Allegato 7

PROGETTO “A SCUOLA CON GUSTO”

ProSa on-line: P0252

Tema	Educazione alimentare
Periodo di realiz:	2005-2007 (Progetto biennale)
Destinatari	Insegnanti, personale della mensa, genitori ed alunni della scuola materna ed elementare di un istituto Comprensivo
Setting	Scuola, famiglia
Alleanze	famiglie, insegnanti, decisori scolastici e amministratori locali, associazione Coldiretti.

Responsabile del progetto

Beviglia Giuseppina

ASL AL sede di Casale M.to – S.O.C. Igiene Alimenti e Nutrizione

V.le Giolitti 2, 15033 Casale M.to (AL)

Tel. 0142-434.548 Fax 0142-76374 sian.casale@aslal.it

FINANZIAMENTO CONCESSO: 9.000.00 €

Commento del lettore: I principali risultati sono valutati ad un anno: i bambini osservati (120 alunni) consumano meno merendine, trascorrono meno tempo in attività sedentarie e consumano più frutta e verdura (manca il riferimento ai dati quantitativi, solo descrizione qualitativa). I risultati della diagnosi educativa e organizzativa sono stati raccolti e riformulati in modo partecipato con i testimoni privilegiati e riflettono la storia del territorio e i precedenti interventi di educazione alimentare avviati da tempo. Particolarmente apprezzabile l'attenzione e la ricerca costante di costruire una collaborazione reale e costruttiva per le finalità del progetto con i testimoni privilegiati (insegnanti, gestori mensa, genitori).

CRITERI

- **Gruppo di progetto:** multiprofessionale, multidisciplinare e intersettoriale.
- **Equità nella salute:** non pertinente⁴⁷.
- **Orientamento verso le risorse personali ed empowerment:** “Nel corso delle varie fasi di attuazione del progetto, nei rapporti con l'esterno e in particolare con il mondo della scuola, si sono presentate difficoltà, resistenze ed a volte incomprensioni che ci hanno insegnato a ri-orientarci in una prospettiva di empowerment della comunità e quindi ad affrontare questo genere

⁴⁷ Con non pertinente si intende che il criterio in oggetto non è stato preso in considerazione nel progetto in esame. Nello specifico progetto ad esempio non è esplicitato perché è stato scelto questo istituto comprensivo rispetto ad altri del territorio, ecc...

di “imprevisti” con un approccio abilitante e una costante propensione all’advocacy e alla negoziazione dei conflitti” (parole del responsabile di progetto).

- **Setting:** la scelta del setting è motivata dalla richiesta iniziale proveniente appunto della scuola.
- **Partecipazione:** coinvolgimento dei destinatari intermedi (insegnanti) nelle fasi di realizzazione del progetto con numerose difficoltà.
- **Modelli teorici:** i riferimenti teorici e le prove di efficacia sono elencati nel progetto finanziato.
- **Prove di efficacia ed esempi di buona pratica:** descritti nel progetto finanziato.
- **Analisi di contesto e identificazione dei determinanti:** l’analisi di contesto è esplicitata nella versione del progetto finanziato, i report di avanzamento descrivono con cura gli sviluppi del progetto nato da una richiesta esterna all’ASL da parte di una scuola primaria del territorio locale. I risultati dell’analisi, i metodi e gli strumenti utilizzati sono descritti con cura nella versione finanziata del progetto. Questi risultati sono stati condivisi in corso d’opera con gli insegnanti e arricchiti di nuovi elementi.
- **Risorse tempi e vincoli:** descritti e analizzati.
- **Collaborazioni ed alleanze:** dalla lettura del progetto e dei report di avanzamento emerge l’attenzione e la ricerca costante di costruire una collaborazione reale e costruttiva per le finalità del progetto con i testimoni privilegiati (insegnanti, gestori mensa, genitori).
- **Obiettivi:** concreti, limitati e misurabili.
- **Valutazione di Processo:** la descrizione del processo è esplicita ed accurata.
- **Valutazione di Impatto e di Risultato:** descrizione esplicita e accurata. Sono descritti i dati qualitativi su 120 bambini, manca l’analisi quantitativa dei dati.
- **Sostenibilità:** si elencano i nuovi saperi appresi e alcune raccomandazioni per progetti analoghi. Le esperienze precedenti sono descritte nella versione finanziata del progetto. Il progetto ha promosso l’avvio di un nuovo progetto.
- **Comunicazione:** descrizione esplicita con descrizione degli strumenti utilizzati e diretta a destinatari intermedi e amministratori locali.
- **Documentazione:** ricca la parte dei documenti allegati (materiali usati con i genitori, materiali usati con gli insegnanti, scheda per la pianificazione delle attività didattiche), manca un’adeguata bibliografia e sitografia riassuntiva a fine documento (alcune indicazioni bibliografiche sono nel testo del progetto iniziale).

Sintesi punteggi scheda Buone Pratiche	Tot.
Gruppo di lavoro	3
Equità	0
Empowerment	5
Partecipazione	4
Setting	5
Modelli teorici	5
Prove di efficacia	6
Analisi di contesto	5
Analisi dei determinanti	6
Risorse, tempi e vincoli	6
Collaborazioni ed alleanze	6
Obiettivi	7
Valutazione di processo	5
Descrizione attività/intervento	5
Valutazione impatto/risultato	6
Sostenibilità	5
Comunicazione	5
Documentazione	4
Punteggio ottenuto	88/105

Cosa è indispensabile leggere: progetto iniziale e relazione finale

Commento dell'autore:“Cosa ho imparato nel realizzare questo intervento?” “Ci sono ancora sul territorio attività riconducibili a questo progetto? Quali?”:

L'esperienza fatta ha sicuramente rafforzato la convinzione che il cambiamento di uno stile di vita è raggiungibile attraverso il ruolo attivo dei destinatari, adottando strategie a piccoli passi, con minimi obiettivi, e la possibilità di monitorare nel tempo il cambiamento. In relazione ad un coinvolgimento attivo (da un punto di vista organizzativo e decisionale) degli attori coinvolti, pur mantenendo ciascuno i propri ruoli si ottiene, attraverso interventi di tipo informativo e comunicativo, una maggiore sensibilizzazione e si aumenta la consapevolezza.

In linea con le modalità operative e gli obiettivi inerenti la sana alimentazione del progetto “A scuola con gusto”, nell’anno scolastico 2007/08 la S.O.C. Igiene Alimenti e Nutrizione e il PEAS dell’ASL di Alessandria, con il supporto dell’Assessorato alla Pubblica Istruzione di Casale Monferrato, del Servizio di ristorazione scolastica, delle Associazioni di categoria del mondo agricolo e della Commissione Mensa, hanno realizzato un progetto di promozione del consumo di frutta e verdura nelle scuole materne ed elementari cittadine, i cui principali obiettivi sono stati i seguenti:

- attuare una politica di “alleanze” per promuovere la conoscenza del territorio, delle risorse e delle tradizioni locali, valorizzando i prodotti ortofrutticoli tipici e favorendone il consumo, in linea con il modello dell’ecocompatibilità (stagionalità dei prodotti e filiera corta) e dei “5 colori”;*
- offrire percorsi didattici (laboratorio del gusto – visita in classe di agronomi con degustazione di prodotti del territorio) ed esperienze extra-scolastiche (cascine didattiche) volti a favorire l’apprendimento di conoscenze e comportamenti alimentari sani nei bambini;*
- dare concretezza alle iniziative, facilitando le scelte salutari attraverso le opportunità fornite dalla ristorazione scolastica per ottenere, tramite la condivisione con la Commissione Mensa, ricadute positive sulle famiglie.*

Attualmente le attività sul territorio riconducibili al Progetto “A scuola con gusto” sono solo di supporto agli insegnanti che ne fanno richiesta per integrare i percorsi di educazione alimentare promossi dalla scuola o altri Enti (vd. “Frutta nelle scuole” finanziato dal Ministero delle Politiche Agricole, Alimentari e Forestali).

Allegato 8

PROGETTO “SICURA LA NOTTE 2”

ProSa on-line: P0804

Tema:	Incidenti stradali
Periodo di realizzaz:	2006-2008 (Progetto biennale)
Destinatari	Destinatari finali: adolescenti e giovani adulti; destinatari intermedi: peer educator, volontari Croce Verde, gestori locali notturni e loro dipendenti, medici di medicina generale (MMG), adulti che operano a contatto con le famiglie (Volontari ACAT)
Setting	Luoghi del divertimento (bar, ristoranti, pizzerie, discoteche)
Alleanze	Associazione di volontariato del territorio: associazione “Contorno Viola”, “Croce Verde” “Alternativa A”; Protezione Civile, gestori dei locali pubblici.

Responsabile del progetto

Chiara CROSA LENZ SERT

Via Mazzini, 117 – 28887 OMEGNA

alcologia@aslvco.it , tel. 0324 491335

FINANZIAMENTO CONCESSO 13.955.00 €

Commento del lettore: Il principale risultato è in termini di aumento del capitale sociale e di sensibilizzazione dell’opinione pubblica. Molto ben fatta la diagnosi educativa e organizzativa, la descrizione dei risultati e le conclusioni. Pregevole il lavoro di costruzione di alleanze con le associazioni del territorio e con i gestori dei locali pubblici.

CRITERI

- **Gruppo di progetto:** multidisciplinare, multisettoriale, multi professionale. Il gruppo di progetto si è consolidato nel corso del lavoro di équipe, procedendo alla programmazione e gestione delle singole fasi del progetto.
- **Equità nella salute:** non valutabile.
- **Orientamento verso le risorse personali ed empowerment:** l’intervento è teso a rendere i destinatari intermedi e finali in grado di assumersi l’impegno verso la propria/altrui salute.
- **Setting:** il progetto motiva e spiega la scelta dei setting.
- **Partecipazione:** partecipazione dei destinatari intermedi alle diverse fasi del progetto.
- **Modelli teorici:** non sono descritti i modelli utilizzati per la progettazione, descritti i modelli di cambiamento del comportamento nel progetto iniziale. Mancano le indicazioni bibliografiche di riferimento.

- **Prove di efficacia ed esempi di buona pratica:** descritti e commentati nel progetto iniziale gli esempi di buona pratica.
- **Analisi di contesto e identificazione dei determinanti:** descrizione chiara e argomentata ed evidente coerenza tra diagnosi-obiettivi-processo-impatto. La diagnosi educativa è stata condotta con tecniche di tipo qualitativo (3 focus group).
- **Risorse, tempi, vincoli:** descritti e analizzati.
- **Collaborazioni ed alleanze:** descritte e analizzate con riferimenti anche all'evoluzione nel tempo. Molto importante il lavoro di costruzione di alleanze con i gestori di locali pubblici del territorio, utile per future collaborazioni.
- **Obiettivi:** chiari e definiti e limitati nel tempo.
- **Valutazione di Processo:** le opportunità e le criticità sono state descritte e analizzate e sono state individuate modalità alternative ove necessarie.
- **Valutazione di Impatto e di Risultato:** il principale risultato è in termini di aumento del capitale sociale e di sensibilizzazione dell'opinione pubblica. Il sostegno al messaggio educativo da parte dei gestori dei locali ha consentito di attivare una sensibilità presente e diffusa negli adulti, sul tema dei comportamenti giovanili a rischio e di porre i primi semi per una collaborazione futura.
- **Sostenibilità:** adeguata capacità di descrivere i nuovi saperi.
- **Comunicazione:** Il progetto è stato presentato ai destinatari intermedi, finali e alla comunità con diverse modalità.
- **Documentazione:** completa e pertinente. Allegato lo strumento utilizzato per intervistare i giovani.

Sintesi punteggi scheda Buone Pratiche	Tot.
Gruppo di lavoro	3
Equità	0
Empowerment	5
Partecipazione	5
Setting	5
Modelli teorici	5
Prove di efficacia	5
Analisi di contesto	2
Analisi dei determinanti	6
Risorse, tempi e vincoli	6
Obiettivi	4
Collaborazioni e alleanze	6
Valutazione di processo	5
Descrizione attività/intervento	5
Valutazione impatto/risultato	7
Sostenibilità	5
Comunicazione	5
Documentazione	4
Punteggio ottenuto	83/105

Cosa è indispensabile leggere: relazione finale e progetto iniziale.

Commento dell'autore: "Cosa ho imparato nel realizzare questo intervento?" "Ci sono ancora sul territorio attività riconducibili a questo progetto? Quali?":

Il progetto è stato realizzato in diverse edizioni (2009, 2010 e 2011).

Dal 2009 è stato integrato con il progetto "Sicurezza in festa" (in collaborazione con altre tre ASL di Quadrante nell'ambito del progetto multicentrico regionale di prevenzione degli incidenti stradali), che riprendendo la stessa impalcatura progettuale si declina su un target giovane-adulto. Il nuovo progetto ha assunto il nome "Sicura la notte-Sicurezza in festa" ad indicare che un unico filo conduttore lega i due progetti che intervengono su un problema che interessa più generazioni e ha a che fare con due tipi di comportamento a rischio:

- *essere sulla strada, guidare o essere trasportati*
- *consumare sostanze psicoattive come divertimento o come abitudine.*

Entrambi sono comportamenti che abitano la normalità e sono transgenerazionali.

Il progetto è inserito sia nel Piano Locale delle Dipendenze che nel Piano Locale di Prevenzione dell'ASL VCO e si colloca nell'ambito del progetto nazionale e regionale "Guadagnare salute in adolescenza – prevenzione incidenti stradali "Insieme x la sicurezza".

Ogni anno, nel rispetto dell'impostazione iniziale e mantenendo un numero fisso di 12 interventi, il progetto è cresciuto sviluppando competenze professionali di operatori e volontari (offrendo la possibilità di misurare, oltre all'alcoemia, i riflessi e sottoporsi ad una simulazione di guida con moto) sviluppando e consolidando alleanze con vari soggetti del territorio, interfacciandosi con altri progetti di prevenzione sia locali che regionali e nazionali.

Allegato 9

PROGETTO “PEER EDUCATION E PROTAGONISMO DEI RAGAZZI. PREVENZIONE PRIMARIA IN ADOLESCENZA, PARTECIPAZIONE ATTIVA, PROMOZIONE DELLA SALUTE”

ProSa on-line: P0203

Tema	Promozione della salute e sviluppo di empowerment negli adolescenti
Periodo di realizzaz:	2005-2007 (Progetto biennale)
Destinatari	Adolescenti fascia di età 14-20 anni
Setting	Scuola Media Superiore, Quartiere territoriale
Alleanze	Il progetto è stato condotto in integrazione con gli Assessorati alle Politiche Giovanili dei Comuni di Alba e Bra, i Consorzi Socio-assistenziali presenti sul territorio (Associazione Madonna Fiori, Consorzio INT.ES.A, Consorzio Alba-Langhe-Roero) e alcune scuole (IPSCT Mucci).

Responsabile del progetto

Intravaia Giuseppina

ASL18 - Alba-Bra - SOC PSICOLOGIA Progetto adolescenti

Via Vida 10, 12051 ALBA (CN)

Tel. 0173.316070 Fax 0173.316048 gintravaia@asl18.it

FINANZIAMENTO CONCESSO: 9000.00 €

Commento del lettore:

Il principale risultato ottenuto è in termini di incremento del capitale sociale (i ragazzi coinvolti diventano attori e organizzano le settimane dei giovani di Alba e Bra). “La forte innovazione insita nell’impianto progettuale è che l’intervento non è nato con l’obiettivo di incidere su specifici comportamenti a rischio sotto l’aspetto sanitario o sociale: i ragazzi hanno letto e analizzato i propri bisogni/desideri all’interno del contesto nel quale sono inseriti e definito autonomamente l’oggetto di promozione/prevenzione che hanno ritenuto opportuno sviluppare per sé e i coetanei” (parole del responsabile del progetto).

Il progetto è ben descritto in tutte le sue parti e permette di seguire la sequenza logica di quanto è stato fatto. E’ una buona descrizione di intervento con indicazione anche di metodi e strumenti usati. Molto utile la parte di descrizione di processo. Un report finale più riassuntivo anche delle parti iniziali del progetto (diagnosi educativa, modelli teorici e prove di efficacia, bibliografia e sitografia di riferimento che sono comunque descritte nel progetto iniziale) avrebbe permesso una visione ancor più completa e articolata di tutto il percorso.

CRITERI

- **Gruppo di progetto:** multi professionale, multidisciplinare e intersettoriale.
- **Equità nella salute:** non rilevabile.
- **Orientamento verso le risorse personali e empowerment:** l'intervento è teso a rendere in grado i destinatari intermedi e finali di assumersi l'impegno verso la propria e altrui salute e di accrescere le proprie competenze/abilità nel migliorare le scelte di salute.
- **Setting:** la scelta dei setting di intervento è stata motivata e prevede attività su più di un livello di intervento (attività per gruppi e attività per la comunità).
- **Partecipazione:** i destinatari sono stati coinvolti nella fase di diagnosi, di realizzazione dell'intervento e di restituzione dei risultati del progetto.
- **Modelli teorici:** descrizione mancante nella relazione finale ma molto ben fatta nel progetto iniziale.
- **Prove di efficacia ed esempi di buona pratica:** prove di efficacia ed esempi di buona pratica sono illustrati nel progetto iniziale e riportati in bibliografia.
- **Analisi di contesto e identificazione dei determinanti:** molto ben descritta nel progetto, ripresa nella relazione finale in maniera sintetica.
- **Risorse, tempi, vincoli:** non descritti in maniera esplicita ma continuamente considerati per la rimodulazione degli obiettivi e delle attività.
- **Collaborazioni e alleanze:** Descrizione esplicita delle collaborazioni tra servizi e con enti/organizzazioni del territorio. Adesione formale al progetto da parte dei Comuni di Alba e Bra, delle associazioni di volontariato del territorio e di alcune scuole.
- **Obiettivi:** obiettivi chiari e coerenti con i determinanti. Sono difficili da misurare in quanto qualitativi (clima, partecipazione...) e a lungo termine.
- **Valutazione di Processo:** descrizione esplicita con evidenziazione di criticità e opportunità per ogni fase del processo. Anche le attività in aula sono descritte con la scansione delle varie fasi.
- **Valutazione di Impatto e di Risultato:** descrizione esplicita e coerente con diagnosi e obiettivi iniziali. La complessità del progetto ha reso talvolta difficoltoso trovare strumenti quantitativi di misurazione degli interventi che rendessero conto della portata degli stessi e delle diverse sfaccettature individuali e collettive dei cambiamenti.
- **Sostenibilità:** descrizione dei nuovi saperi e delle opportunità emerse, descrizione delle raccomandazioni per il futuro.
- **Comunicazione:** descrizione dettagliata con uso di differenti strumenti adeguati e pertinenti ai destinatari indicati.
- **Documentazione:** i documenti allegati sono chiari e completi e permettono di ricostruire ciò che è stato fatto, i materiali operativi allegati permettono di riprodurre l'intervento (manca una descrizione operativa dei singoli metodi, ma penso sia facilmente ottenibile dal responsabile di progetto). Allegato il questionario per valutare capacità comunicative e motivazione alla peer education dei ragazzi .

Sintesi punteggi scheda Best Practice	Tot.
Gruppo di lavoro	3
Equità	0
Empowerment	5
Partecipazione	5
Setting	6
Modelli teorici	5
Prove di efficacia	5
Analisi di contesto	4
Analisi dei determinanti	5
Risorse, tempi e vincoli	3
Collaborazioni ed alleanze	4
Obiettivi	6
Valutazione di processo	5
Descrizione attività/intervento	5
Valutazione impatto/risultato	7
Sostenibilità	5
Comunicazione	5
Documentazione	4
Punteggio ottenuto	83/105

Cosa è indispensabile leggere: relazione finale e il progetto iniziale solo per alcuni aspetti (specificati sopra). Guardare gli allegati per avere indicazioni su strumenti e metodi usati.

Commento dell'autore: "Cosa ho imparato nel realizzare questo intervento?" "Ci sono ancora sul territorio attività riconducibili a questo progetto? Quali?":

Ho imparato

- *quanto sia difficile ma anche fondamentale il lavoro multidisciplinare negli interventi di promozione della salute;*
- *quanto sia importante nella prassi fare riferimento a un modello teorico-pratico definito;*
- *ho implementato la competenza nella progettazione di interventi complessi, nella definizione di obiettivi chiari e precisi, nella rimodulazione in itinere della progettazione, attuata con gli stessi destinatari*

Dalla relazione finale del progetto "...una delle eredità più concrete e positive che questo progetto lascia è sicuramente la costituzione di una rete forte tra le agenzie del territorio, e in particolare l'alleanza feconda tra l'Azienda sanitaria e l'Ente Locale; ...è ormai prassi la progettazione, la riflessione e valutazione congiunta (da parte del gruppo di progetto) delle azioni rivolte al target giovanile. Negli anni la proposta di questo intervento di promozione della salute e sviluppo di empowerment, pur con le dovute rimodulazioni, è stato esteso in molte scuole del territorio, sempre in collaborazione con l'Ente Locale.

Nella scuola descritta nel progetto, l'Istituto Professionale 'Mucci', si è ora alla terza generazione di peer; il gruppo informale, che non è più costituito dai ragazzi del progetto iniziale, ha continuato il suo cammino, portando l'esperienza anche al di fuori del territorio. Una rappresentanza è stata invitata al Meeting Internazionale del Consiglio Regionale Francese organizzato il 23-25 ottobre 2009 a Marsiglia.

Tutte queste esperienze hanno condotto poi alla presentazione nell'ambito dei Programmi di Cooperazione Transfrontaliera Alcool tra Italia e Francia del Progetto 'Peer Education ITA-FRA', di cui l'ASL CN2 è capofila, con i partner ASL 1 Imperiese e Mutualité Française; analogamente è stato approvato anche il Programma Operativo Interregionale Italia-Svizzera promosso dall'ASL VCO insieme all'Università della Svizzera Italiana SUPSI. Il progetto "Peer Education" Italia-Francia-Svizzera, formalmente presentato a Sanremo il 12 maggio 2010, nasce con l'intento di rendere modello l'esperienza di educazione tra pari, maturata nel corso degli anni nei progetti di promozione della salute e di prevenzione dei comportamenti a rischio rivolti alla fascia giovanile, dai capifila dei due progetti, l'ASL CN2 e l'ASL VCO.

Allegato 10

PROGETTO "PROMOZIONE DELL'ATTIVITÀ FISICA NELLA SCUOLA ELEMENTARE"

ProSa on-line: P0247

Tema	Promuovere l'attività fisica a partire dalla scuola elementare
Periodo di realizzaz:	2005 -2007(Progetto biennale)
Destinatari	Bambini delle scuole elementari (età 9-10 anni), insegnanti, genitori, circoscrizioni, altri servizi sanitari dell'ASL
Setting	Scuola, circoscrizioni, federazioni società sportive
Alleanze	Dipartimento di psicologia-laboratorio di ergonomia Università di Torino.

Responsabile del progetto

Parodi Giuseppe

ASL 2 - Struttura semplice di Medicina dello Sport

Via Gradisca 10, 10136 Torino

Tel. 011-70953171 Cell. 320-4323774 Fax 011-70953160 parodi@asl102.to.it

FINANZIAMENTO CONCESSO: 5.000.00 €

Commento del lettore: Il principale risultato è in termini di incremento del capitale sociale e di sensibilizzazione della comunità. Il progetto è poi divenuto un'occasione di rafforzamento o di creazione di alleanze sul territorio. Particolare cura nel raccontare in maniera analitica i risultati, con un'attenzione alle criticità connesse con certe situazioni e alla metodologia adottata. Nel report finale sono descritti anche i risultati non previsti (alleanze) e le competenze acquisite.

Il progetto è ben descritto e permette di seguire la sequenza logica di quanto è stato fatto. Un report maggiormente riassuntivo anche delle parti iniziali del progetto (diagnosi educativa, modelli teorici e prove di efficacia, bibliografia e sitografia di riferimento) avrebbe permesso una visione completa e articolata di tutto il percorso.

CRITERI

- **Gruppo di progetto:** multiprofessionale, multidisciplinare e intersettoriale. Le circoscrizioni comunali e le scuole sono stati partner attivi nella realizzazione del progetto, ma non fanno parte del gruppo progettuale.
- **Equità nella salute:** non pertinente.
- **Orientamento verso le risorse personali ed empowerment:** l'intervento è teso a rendere in grado i destinatari intermedi e finali di assumersi l'impegno verso la propria / altrui salute.
- **Setting:** la scelta dei setting di intervento è stata motivata.

- **Partecipazione:** partecipazione dei destinatari intermedi nella parte di realizzazione del progetto.
- **Modelli teorici:** descrizione esplicita nel progetto finanziato del modello di progettazione e del modello di cambiamento comportamentale adottati. Purtroppo manca poi un riferimento al modello di cambiamento comportamentale nei passaggi operativi specifici del progetto e nello svolgimento delle attività.
- **Prove di efficacia ed esempi di buona pratica:** prove di efficacia indicate nel progetto finanziato, esempi di buona pratica non presentati.
- **Analisi di contesto e identificazione dei determinanti:** l'analisi del contesto è solo abbozzata, la identificazione e la descrizione dei determinanti è esplicitata.
- **Risorse tempi e vincoli:** descritti e analizzati.
- **Collaborazioni e alleanze:** alleanze tra scuole, circoscrizioni e società sportive del territorio (N.B. particolare attenzione all'individuazione strategica degli attori con cui creare alleanze e al mantenimento delle stesse).
- **Obiettivi:** obiettivi chiari, realistici e delimitati nel tempo.
- **Valutazione di Processo:** descrizione ricca e originale. Le attività non sono presentate come un mero elenco di azioni giustapposte, ma collegate tra loro e commentate passo dopo passo. Le criticità e opportunità vengono individuate e per ciascuna di esse c'è una riflessione critica. La rimodulazione e il ripensamento delle attività guida la reportistica intermedia e finale.
- **Valutazione di Impatto e di Risultato:** descrizione esplicita. Particolare cura nel raccontare in maniera analitica i risultati, con un'attenzione alle criticità connesse con certe situazioni e alla metodologia adottata. Sono descritti anche i risultati non previsti (alleanze) e le competenze acquisite.
- **Sostenibilità:** descrizione esplicita. Si evince dalla relazione che il presente progetto è riedizione di un progetto prototipale che va avanti dal 2000, modificato e revisionato negli anni. Vengono spiegati i motivi delle modifiche/revisioni, scaturite da riflessioni a seguito di difficoltà/criticità. L'obiettivo principale di queste modifiche pare essere stato l'aumento e la garanzia dell'efficacia dell'intervento stesso. La riflessione sull' "apprendimento di nuovi saperi" permea l'intera relazione.
- **Comunicazione:** descrizione esplicita con strumenti adottati e comunicazione indirizzata a destinatari intermedi, finali, decisori locali (interni ed esterni ASL) e comunità.
- **Documentazione:** presente e completa, con gli strumenti usati con bambini, insegnanti, genitori.

Sintesi punteggi	Tot.
Gruppo di lavoro	3
Equità	0
Empowerment	5
Partecipazione	5
Setting	5
Modelli teorici	3
Prove di efficacia	5
Analisi di contesto	5
Analisi dei determinanti	6
Risorse, tempi e vincoli	6
Obiettivi	4
Collaborazioni e alleanze	7
Valutazione di processo	5
Descrizione attività/intervento	5
Valutazione impatto/risultato	5
Sostenibilità	5
Comunicazione	5
Documentazione	4
Punteggio ottenuto	83/105

Cosa è indispensabile leggere: progetto finanziato e relazione finale.

Commento dell'autore: "Cosa ho imparato nel realizzare questo intervento?" "Ci sono ancora sul territorio attività riconducibili a questo progetto? Quali?":

Informarsi, formarsi, aggiornarsi sui concetti della promozione della salute è buona cosa, ma la possibilità di cimentarsi concretamente "sul campo" con un progetto che, partito con un prototipo nel 2000, viene poi riproposto negli anni è l'ideale, a mio avviso, per confrontarsi con i principi teorici e per assumerne realmente i contenuti.

Il progetto ha permesso di sperimentare, realizzare (per lo meno in parte) e fare propri molti concetti di promozione della salute. In particolare, si è passati a interventi sempre più partecipati da parte degli attori coinvolti e sempre più intersettoriali, diversamente dal recente passato.

Questo progetto ha messo in evidenza le possibilità di un servizio pubblico di Medicina dello Sport di partecipare attivamente alle azioni di promozione della salute e una versione regionale del progetto ha permesso l'espansione di questa idea ai vari servizi pubblici di Medicina dello Sport della Regione (come descritto nell'analisi del contesto di partenza) che poi si sono, a loro volta, attivati in varie iniziative di promozione dell'attività fisica.

Questo progetto ha dato avvio a una pressoché costante azione di promozione dell'attività fisica da parte del servizio pubblico di Medicina dello Sport dell'ex ASL 2 Torino, oggi ASL TO1, dedicata poi in particolare ad innovative iniziative incentrate sull'utilizzo del cammino e rivolte ai luoghi di lavoro e alla popolazione generale (vedi progetto WHP "Lavoratori sani in aziende sane" nella banca dati Pro.Sa on-line del sito www.dors.it). Anche queste iniziative si stanno propagando ad altre AA.SS.LL. piemontesi.

ALLEGATO 11

PROGETTO "HO CAPITO CHE... MOLTO DIPENDE DA ME"

ProSa on-line: P0275

Tema	Prevenzione delle MST e dell'infezione HIV, prevenzione gravidanze indesiderate
Periodo di realizzaz:	2005-2007 (progetto biennale)
Destinatari	Ragazzi e ragazze classi prime, seconde e terze scuola media; popolazione migrante, soprattutto clandestina
Setting	Scuola Media Statale "Baluardo Partigiani" Novara; centri di incontro e aggregazione per stranieri
Alleanze	Scuola Media Statale "Baluardo Partigiani", mediatrici interculturali, Assessorato all'istruzione e formazione professionale del comune di Novara, responsabile di progetto "La salute di tutti i colori" attivo sullo stesso territorio.

Responsabile del progetto

Tanzi Laurita

ASL 13 Novara - Dipartimento Materno Infantile

Viale Roma 7, 28100 Novara

Tel. 0321-374459 Cell. 347-2249221 Fax 0321-374485 lauritanzi@virgilio.it

FINANZIAMENTO CONCESSO: 9000.00 €

Commento del lettore:

Il principale risultato è in termini di incremento del capitale sociale (continuazione del lavoro nella scuola anche l'anno successivo, richiesta dei genitori di proseguire con i loro incontri di gruppo, lavoro con le mediatrici culturali). Il lavoro condotto nel setting scuola è coerente in tutte le sue fasi dalla diagnosi iniziale alla valutazione d'impatto ed è descritto in modo completo, critico ed originale. Punto di forza del progetto è l'intervento con i genitori (destinatari intermedi). Il lavoro rivolto agli immigrati, come evidenziato dagli stessi ideatori del progetto, non ha raggiunto gli obiettivi prefissati, l'analisi delle criticità in quest'ambito dovrebbe essere approfondita per proporre soluzioni alternative.

- **Gruppo di progetto:** multiprofessionale, multidisciplinare, intersettoriale.
- **Equità nella salute:** l'intervento mira a ridurre le disuguaglianze nell'accesso ai servizi sanitari, mettendosi in rete con tutti i centri di aggregazione-incontro per popolazione migrante, con i centri di volontariato gestiti da persone religiose e laiche, con gli ambulatori ospedalieri più frequentati da detta popolazione, con i centri di aggregazione informale o "clandestini".
- **Orientamento verso le risorse personali ed empowerment:** l'intervento è teso a rendere in grado i destinatari intermedi e finali ad assumersi l'impegno verso la propria/altrui salute.

- **Setting:** la scelta dei setting (scuola e luoghi di accesso/incontro immigrati clandestini) è stata motivata e sono indicati i livelli di intervento (gruppi, contesto vitale, organizzazione).
- **Partecipazione:** partecipazione dei destinatari intermedi alle fasi di analisi del contesto e realizzazione del progetto.
- **Modelli teorici:** i modelli teorici sono stati descritti in modo esplicito e dettagliato nel progetto iniziale; tuttavia non viene evidenziata l'applicazione concreta di tali modelli nelle diverse attività previste dal progetto in relazione agli obiettivi.
- **Prove di efficacia ed esempi di buona pratica:** le prove di efficacia e gli esempi di buona pratica sono descritti nel progetto iniziale.
- **Analisi di contesto e identificazione dei determinanti:** la diagnosi di contesto è accurata e descritta in modo sufficientemente ricco, i determinanti sono stati identificati e descritti in modo dettagliato ed esaustivo.
- **Risorse, tempi, vincoli:** sono descritti e analizzati.
- **Collaborazioni e alleanze:** descrizione ricca e originale dello sviluppo di reti di collaborazione tra più servizi sanitari e con enti/organizzazioni di comunità.
- **Obiettivi:** chiari, misurabili e limitati nel tempo per l'intervento nel setting scuola, difficilmente misurabili quelli per la popolazione immigrata.
- **Valutazione di Processo:** le diverse fasi del progetto sono state descritte in modo dettagliato e accurato con l'individuazione di opportunità e difficoltà; queste ultime sono state analizzate in modo critico e sono state descritte le soluzioni attuate (in particolare per l'intervento nel setting scuola).
- **Valutazione di Impatto e di Risultato:** il progetto (in particolare l'intervento nel setting scuola) mostra coerenza fra tutte le diverse fasi del progetto. Non sono emersi risultati inattesi, anche se alcuni risultati (setting centri di incontro immigrati) non sono stati raggiunti.
- **Sostenibilità:** vengono evidenziati i limiti del progetto che ha avuto per destinatari finali gli individui immigrati, in particolare clandestini, tuttavia la riflessione sul proseguimento del progetto e le eventuali soluzioni per affrontare le criticità emerse e dare continuità al lavoro sono solo abbozzate. Invece è dettagliata e originale la riflessione rispetto all'intervento nel setting scuola.
- **Comunicazione:** descrizione ricca e originale di un piano di comunicazione prevalentemente rivolto a destinatari finali e intermedi.
- **Documentazione:** documentazione ricca e dettagliata, con disponibilità in allegato degli strumenti utilizzati.

Sintesi punteggi scheda Best Practice	Tot.
Gruppo di lavoro	5
Equità	4
Empowerment	5
Partecipazione	6
Setting	5
Modelli teorici	5
Prove di efficacia	5
Analisi di contesto	5
Analisi dei determinanti	6
Risorse, tempi e vincoli	6
Obiettivi	6
Collaborazioni e alleanze	7
Valutazione di processo	5
Descrizione attività/intervento	5
Valutazione impatto/risultato	6
Sostenibilità	5
Comunicazione	5
Documentazione	4
Punteggio ottenuto	92/105

Cosa è indispensabile leggere: progetto iniziale e relazione finale.

Commento dell'autore: "Cosa ho imparato nel realizzare questo intervento?" "Ci sono ancora sul territorio attività riconducibili a questo progetto? Quali?":

L'importanza della partecipazione dei destinatari sia intermedi che finali nelle fasi di valutazione del progetto. La validità del focus group come strumento da utilizzare nella diagnosi educativa: è possibile mettere a "fuoco" in tempi brevi le necessità dei destinatari, soprattutto è più facile rispettare le esigenze formative dei vari gruppi. L'arricchimento nell'aver lavorato con gruppi differenti all'interno di un unico progetto: docenti, genitori, persone di etnie diverse hanno permesso di apportare conoscenze e cultura da condividere nei vari percorsi. La conferma della necessità che gli adulti tutti debbano essere formati in promozione della salute e in tutti i vari temi che la riguardano.

La necessità di un mandato forte che coinvolga le diverse agenzie nei percorsi di salute. La consapevolezza che i cambiamenti necessitano di tempo, per questo fondamentale risulta la sostenibilità di un percorso. Maggiore chiarezza nello sviluppare altri progetti.

Le docenti formate hanno proseguito il lavoro nelle classi in modo autonomo. Una delle mediatrici culturali è presente nel punto nascita dell'ASL di Novara e si avvale della formazione avuta per affrontare i temi della sessualità con la popolazione migrante; utili sono i volantini per informare dell'esistenza del servizio ISI (Informazione Salute Immigrati) la popolazione migrante non regolare, che rispetto al passato afferisce ai servizi già provvista del documento STP (Straniero Temporaneamente Presente). È previsto un ulteriore corso di formazione per docenti dei diversi ordini e grado di scuola sulla promozione della salute.

DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute

Via Sabaudia, 164 - 10095 Grugliasco (TO)

Tel. **01140188210-502** - FAX **01140188501**

Website: **www.dors.it**

Email: **info@dors.it**