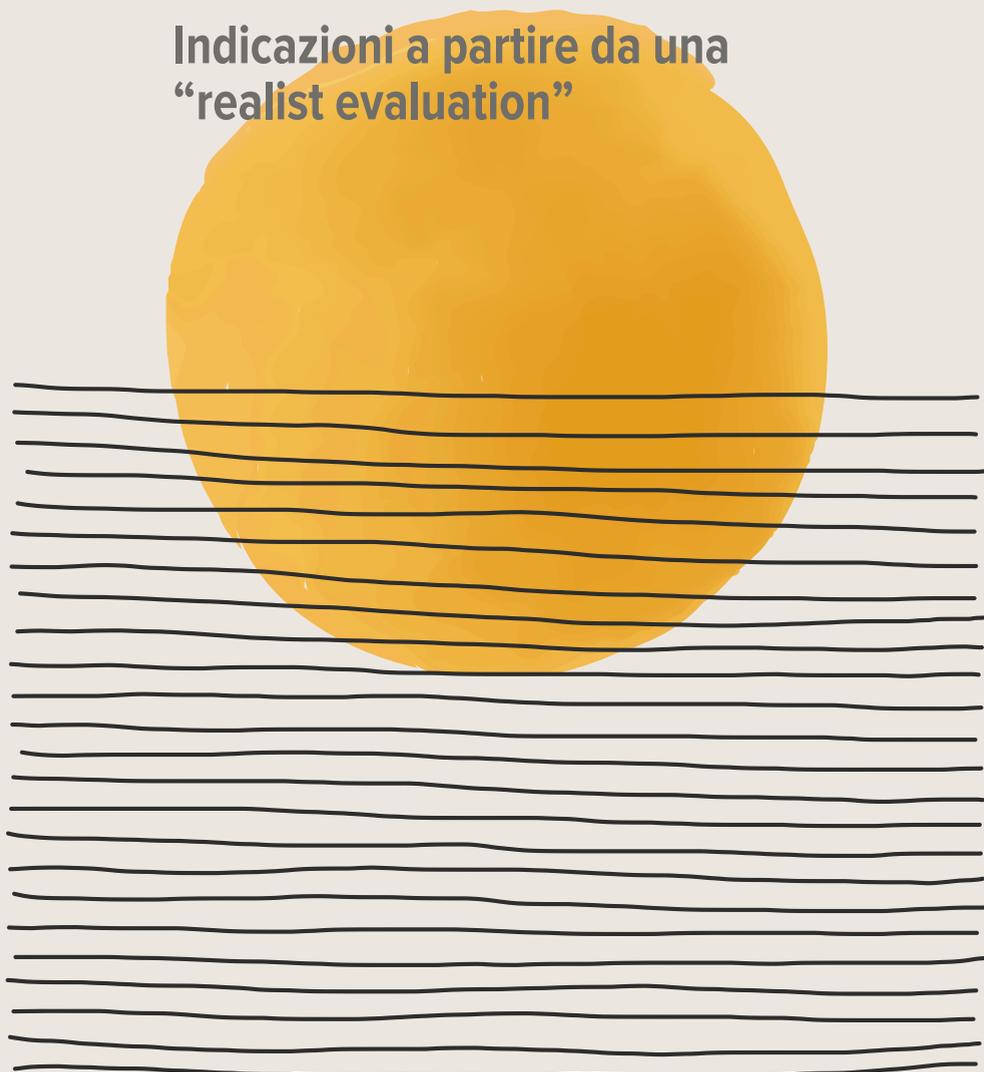


#7

**STUDIO DI CASO:
LE PROGETTAZIONI DEL CENTRO
DIDATTICO MULTIMEDIALE DELLA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
“LUOGHI DI PREVENZIONE”**

**Indicazioni a partire da una
“realist evaluation”**



GIANFRANCO MARTUCCI

**STUDIO DI CASO:
LE PROGETTAZIONI
DEL CENTRO DIDATTICO
MULTIMEDIALE DELLA
REGIONE EMILIA-ROMAGNA
“LUOGHI DI PREVENZIONE”**

Indicazioni a partire da una “realist evaluation”

I volumi sono stati realizzati a partire da un approfondimento del ciclo di Seminari Metaloghi organizzati da Luoghi di Prevenzione da giugno 2020 a maggio 2021.
A cura di Sandra Bosi, Responsabile di Luoghi di Prevenzione.

Autore dei temi trattati

Gianfranco Martucci

Contributo editing

Francesca Zironi, segreteria gestionale LdP

Il seguente lavoro è tratto da una tesi di dottorato discussa presso l'Università di Parma nell'anno accademico 2020-2021, con tutor di ricerca il prof. Leopoldo Sarli, presso il corso di dottorato in Scienze Mediche e Chirurgiche Traslazionali.

È possibile ottenere l'intero elaborato, di cui qui vengono presentate solo alcune parti poiché, a scopo divulgativo, alcuni approfondimenti tecnici sono stati riassunti o non riportati.

Per avere il testo integrale è sufficiente richiederlo a gianfranco.martucci@luoghidiprevenzione.it

© Copyright 2021 Lega Contro i Tumori,
sez. LILT di Reggio Emilia

Realizzazione editoriale e progetto grafico



Via A. Gherardesca, 1 - 56121 Ospedaletto-Pisa
www.pacinieditore.it - info@pacinieditore.it

Fotolito e Stampa
IGP Industrie Grafiche Pacini



*a Carlo DiClemente
per l'eccellenza con cui da dieci anni
segue le attività di Luoghi di Prevenzione*

Indice

Elenco abbreviazioni e convenzioni di scrittura.....	7
INTRODUZIONE.....	9
Impostazione del report.....	9
Conflitto di Interessi e ruolo del ricercatore	10
Dichiarazione sul conflitto di interessi	10
PERCHÉ E COME VALUTARE “LUOGHI DI PREVENZIONE”	11
ANALISI DELLA PRODUZIONE SCIENTIFICA DI “LUOGHI DI PREVENZIONE”	13
I TRE CASI ANALIZZATI.....	15
Selezione dei casi di studio	15
Comparazione tra i casi.....	16
una checklist realista della complessità: VICTORE	16
CASO DI STUDIO n° 1: progetto “CCM 2015”	19
Schema del progetto	19
Il progetto in breve	19
Contesti diversi, stessa efficacia	20
Rilevazioni qualitative.....	20
Valutazione quantitativa della FAD	21
Considerazioni globali sul progetto	22
CASO DI STUDIO n° 2: progetto “5x1000 stili di vita”	23
Schema del progetto	23
Perché questo progetto?	24
Il progetto in breve	24
Restituzione più eterogenea	24
Sovrapposizione dei cronogrammi	25
Materiali e cascata formativa	26
L’”omeostasi” della rete progettuale	26
Considerazioni globali sul progetto	27
CASO DI STUDIO n°3: “Setting scuole” del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Emilia Romagna	28
Schema del progetto	28
Il progetto in breve	28
I risultati.....	29
Risultati e teoria del cambiamento.....	30
Approfondimento qualitativo: focus group sulla peer education .	30
Risultati dei focus group	30

RISULTATI INTERVISTE A TESTIMONI PRIVILEGIATI	33
TEMA “Luoghi di Prevenzione come Luogo di trasformazione”	33
TEMA “La gestione della rete tra vantaggi e ambiguità”	33
TEMA “Valutazione e crescita”	34
DISCUSSIONE: TEORIE EMERSE DAL LAVORO VALUTATIVO	35
1. “Cronos e Kairòs”	35
2. “Una casa è più di quattro mura”	37
2.1. La “localizzazione della interistituzionalità”	37
2.2 Ambienti costruiti che “costruiscono” le relazioni	38
2.3 Oneri ed onori del muoversi in rete.....	38
2.4 “1+1= 3”: la “pietra filosofale” dell’accordo tra enti istituzionalizzato nella pianificazione	39
3. “Quis custodiet custodes?”	40
QUALI INDICAZIONI EMERGONO DALLA VALUTAZIONE?	43
Suggerimenti per il lavoro di “Luoghi di Prevenzione”	43
Suggerimenti per i decisori.....	45
APPENDICE 1: PROMOZIONE DELLA SALUTE E CONTESTO ITALIANO E INTERNAZIONALE	47
Contesto italiano.....	47
Letteratura internazionale a confronto	48
Formare in promozione della salute	48
Esperienze di centri di promozione della salute in altri paesi	48
APPENDICE 2: METODOLOGIE UTILIZZATE.....	51
Perché la metodologia realista	51
Teoria realista e Modello transteorico del cambiamento dei comportamenti intenzionali.....	52
BIBLIOGRAFIA.....	53

Elenco abbreviazioni e convenzioni di scrittura

Dove possibile le abbreviazioni sono state evitate, ma soprattutto in alcune figure e tabelle, per ragioni di spazio, sono stati utilizzati i seguenti acronimi e abbreviazioni:

“5x1000 stili di vita”: progetto “cambiare stili di vita non salutari per la prevenzione della malattia neoplastica”

“CCM 2015”: progetto “Sviluppo di competenze trasversali degli operatori nel counseling motivazionale per il cambiamento degli stili di vita a rischio con interventi opportunistici di medicina d’iniziativa nei luoghi di lavoro, nei servizi sanitari che promuovono salute e nei contesti di screening oncologico”

CCM: Centro Controllo Malattie del Ministero della salute

CMO: Contesti, meccanismi, outcomes

LdP: Luoghi di Prevenzione

MTT: Modello Trasteorico del Cambiamento dei comportamenti intenzionali di DiClemente e Prochaska

PdS: promozione della salute

PNC: Piano Nazionale della Cronicità

PNP: Piano Nazionale della Prevenzione

PRP: Piano Regionale Della Prevenzione

RER: Regione Emilia Romagna

s.d.= “senza data”; lo stile bibliografico scelto, “Chicago manual of style”, prevede che tra parentesi siano indicati autore e data, ma per i siti internet questo non è possibile.

UO: Unità Operative

Convenzioni per la numerazione

Nel riportare i *verbatim*, ovvero le trascrizioni di stralci di interviste, vengono inseriti alla fine della citazione i riferimenti relativi all’intervistato in questione.

Nel riferimento, la sigla FG sta per “focus group” e “I” per intervistato.

Per quanto riguarda le interviste singole, è indicato semplicemente “I”.

Dove il contenuto del *verbatim* potrebbe permettere di risalire a dati personali dell’intervistato se incrociato con altri dati presenti nel testo, l’intervistato è indicato con una x.

Quindi ad esempio “FG2I3” vuol dire che riportiamo quanto detto dall’intervistato numero tre del focus group 2.

Introduzione

Con questo Metalogo cominciamo l'ultima parte della collana, dedicata all'uso delle metodologie attive di Luoghi di Prevenzione.

Ha una sua struttura autonoma, perché si tratta dell'estratto di una tesi di dottorato di Gianfranco Martucci, professionista che collabora da tempo con LdP e ha contribuito alla valutazione del metodo con uno studio dell'Università degli Studi di Parma. Si coglie quindi l'occasione per ringraziare il prof. Leopoldo Sarli che ha seguito i lavori.

Mentre il trial randomizzato Scuole Libere dal fumo ha validato un intervento sulla prevenzione dell'abitudine al fumo nei giovani (analizzando una ricerca intervento che ha coinvolto circa 1600 studenti dai 12 ai 15 anni), il poderoso lavoro del dr. Martucci ha evidenziato l'impatto della valenza formativa di Ldp, le ricadute didattiche, proponendo un interessante confronto con altre realtà che, a livello europeo, possono costituire esempi comparabili per obiettivi e tipologia di target.

La tesi di dottorato costituisce uno dei primi passi della ricerca, oggetto della collaborazione con il laboratorio Habits Lab Diretto dal Prof. Carlo DiClemente, che valuterà la ricaduta dei percorsi formativi a distanza rispetto a qualità dell'apprendimento (target intermedi) e raggiungimento target ultimi (destinatari dell'approccio motivazionale, in base alle diverse professionalità coinvolte nel piano formativo).

Il lavoro si pone a sostegno del ruolo di LdP nello svolgimento di azioni a supporto del ministero della Salute sulla diffusione di modalità di interventi brevi e counselling motivazionale nei vari contesti.

Il saggio di Martucci desta particolare interesse soprattutto perché introduce elementi di ricerca sociale, mai adoperata per analizzare i risultati delle azioni in corso.

Fra i risultati ottenuti è importante ricordare le ottime ricadute formative della formazione con modalità blended, la diffusione dell'intervento clinico breve sulla promozione degli stili di vita salutari negli ambienti di lavoro da parte del medico competente e la validità della diffusione di metodologie attive, prodotto originale di Ldp, nei percorsi scolastici e nella formazione di docenti e professionisti impegnati nei percorsi di Scuole che promuovono salute.

Impostazione del report

Per facilitare la lettura, il testo segue l'ordine che può incontrare l'interesse del lettore non accademico, e non l'ordine tradizionale dei lavori scientifici.

Dopo una breve premessa sul perché si è scelto di fare uno studio valutativo delle progettazioni di Luoghi di Prevenzione, si passa direttamente ai risultati e si conclude con la presentazione delle indicazioni emerse dal lavoro, per operatori e decisori in promozione della salute; solo in seguito, nelle appendici, vengono forniti ulteriori dettagli sul background in cui si contestualizza una ricerca di questo tipo e sulle metodologie utilizzate, oltre che su quanto rilevato nella letteratura internazionale.

Conflitto di Interessi e ruolo del ricercatore

Questa ricerca si inserisce nell’ambito della ricerca in sanità pubblica con l’uso di metodologie della ricerca sociale e della ricerca in ambito di pedagogia medica.

In questo senso l’operazione valutativa ha principalmente il senso di comprendere più a fondo un contesto, non di attuare un processo privo di elementi di soggettività in un ambiente controllato ad opera di un valutatore non coinvolto.

Lo studio di caso, in particolare, permette di descrivere casi di interesse scientifico anche dalla prospettiva di chi ha condotto l’intervento o di chi comunque vi ha partecipato (Yin 2017).

Queste premesse sono utili a comprendere le scelte metodologiche effettuate, alla luce del fatto che il coinvolgimento dello scrivente era presente in qualche aspetto di tutti e tre i progetti. Le metodologie scelte (studio di caso multiplo, approccio realista) permettono di trarre gli elementi utili dai dati in possesso e quindi la posizione tra interno ed esterno del ricercatore diventa in questo caso un vantaggio, perché adeguata a capire le logiche sottese ai fenomeni descritti in quanto posto in posizione partecipante, e al tempo stesso, poiché non unico né principale attore di essi, mantenere un distacco emotivo sufficiente a guardare i processi nel loro complesso.

In particolare, il mio coinvolgimento ha riguardato:

Nel progetto “CCM 2015”:

- il ruolo di formatore dei referenti delle UUOO nella cascata formativa (quindi formazione-formatori);
- il ruolo di formatore di alcuni professionisti destinati all’erogazione degli interventi
- la contribuzione alla stesura della bozza del report finale delle UUOO 1 e 2

Nel progetto “5x1000 stili di vita”:

- la costruzione del disegno valutativo e alla raccolta dei risultati

Nel progetto “setting scuole” del Piano Regionale della Prevenzione della R. E. Romagna:

- formazione destinati ai docenti e ai peer educator
- conduzione di percorsi esperienziali destinati alle classi secondarie di primo e secondo grado su diversi temi di promozione della salute (“laboratori didattici”).

Dichiarazione sul conflitto di interessi

La borsa di studio di dottorato di cui mi sono avvalso durante il dottorato è stata erogata in collaborazione con la Lega Italiana Lotta contro i Tumori di Reggio Emilia, e questo lavoro valutativo risponde a un loro mandato esplicito e concordato con l’università di teorizzare e indagare quali sono i meccanismi sottostanti al funzionamento del modello utilizzato nelle progettualità descritte.

Perché e come valutare “Luoghi di Prevenzione”

Questo lavoro di tesi riguarda la valutazione del centro didattico multimediale regionale “Luoghi di Prevenzione” e della metodologia da esso utilizzata.

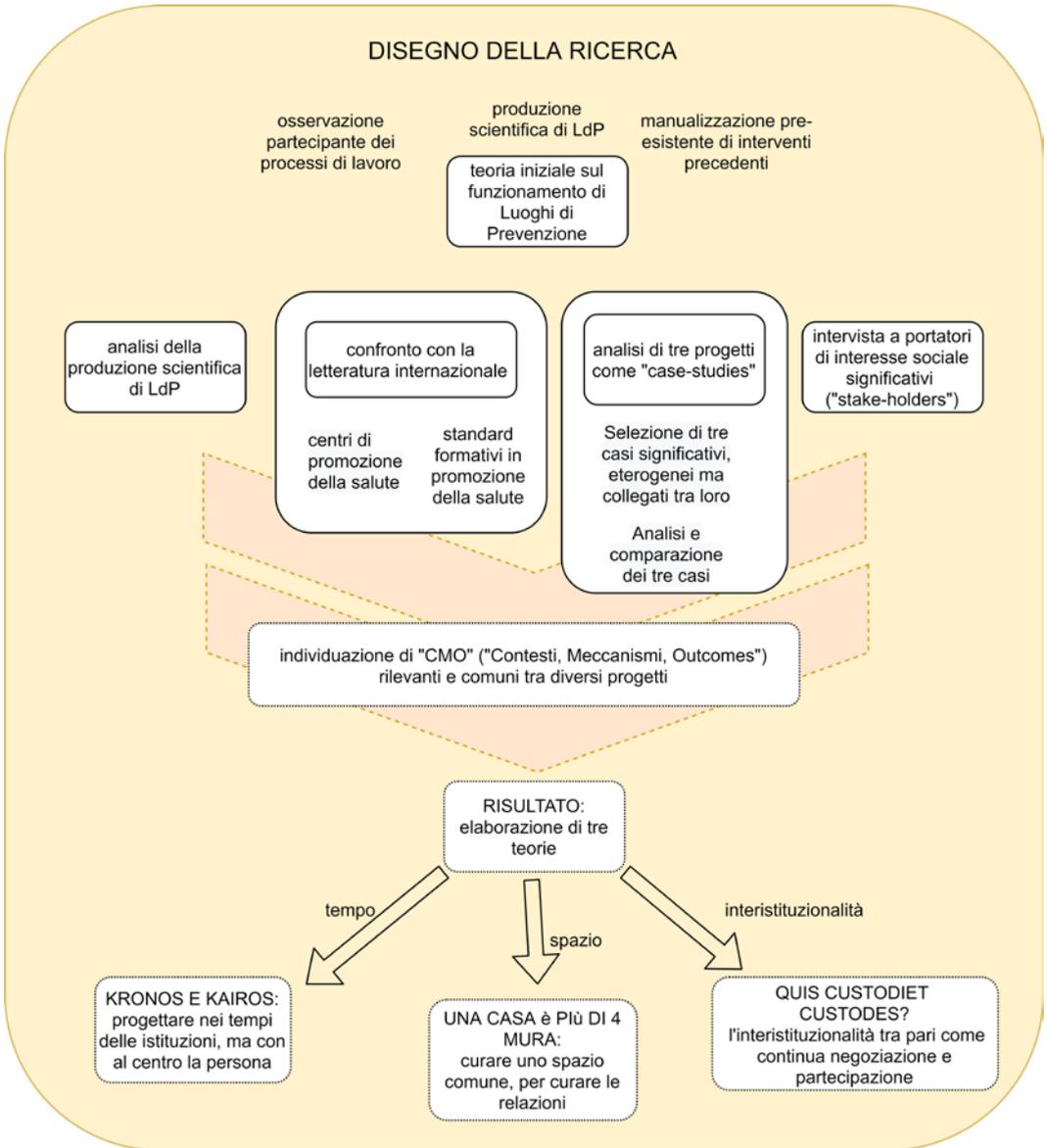
La valutazione di questo modello tramite studio di caso multiplo risponde all’esigenza di produrre indicazioni e informazioni utilizzabili nella pratica organizzativa.

Come descritto tra gli altri da Zannini (cap. 6, Mortari e Zannini 2017) lo studio di caso prima ancora che una metodologia è una scelta legata all’oggetto di studio, che *“prende in esame e intende acquisire adeguata comprensione di un particolare fenomeno”*, particolarmente rilevante o interessante, caratterizzato da elevata complessità e che quindi necessita di essere studiato nel suo insieme.

Tra le diverse possibili tipologie di studio di caso, il nostro costituisce un *“Evaluative case study”* che punta alla comprensione in profondità di un progetto che esemplifichi in modo paradigmatico l’applicazione concreta della promozione della salute in un contesto contemporaneo (pg. 194, Mortari e Zannini 2017).

In particolare questa indagine rientra degli sforzi compiuti con l’obiettivo di informare la progettazione: da una parte, di chi ha già utilizzato il modello “Luoghi di Prevenzione”, portando a un maggiore comprensione della sua efficacia, e a una teorizzazione più rigorosa della sua applicazione nei diversi ambiti; dall’altra, di coloro che progettano iniziative con analoghi fini di promozione della salute in contesti differenti, ora più che mai urgenti.

A questo scopo si è scelta la metodologia di valutazione realista (approfondita in appendice), che prevede di partire da una teoria iniziale e poi approfondire lo studio dei materiali quanti- e quali-tativi per capire i “meccanismi” sottostanti il funzionamento positivo o negativo dei programmi di salute pubblica (descritti come configurazioni “CMO”, Contesti, Meccanismi, Outcomes). Il prodotto di tale valutazione è una teoria avanzata (*“refined theory”*) che va a completare quanto si sapeva inizialmente (*“initial theory”*). Nel nostro caso, quanto già noto sulla modellizzazione di Luoghi di Prevenzione è stato arricchito con tre elaborazioni teoriche finali, presentate nella discussione.



Analisi della produzione scientifica di “Luoghi di Prevenzione”

La produzione scientifica di Luoghi di Prevenzione è, per scelta, varia, come livello di evidenza; va dai *position paper* ai trial randomizzati controllati, dalla produzione di guide didattiche alla traduzione di manuali internazionali.

Il materiale a disposizione è stato integrato con le pubblicazioni scientifiche indicate dagli intervistati come rilevanti e analizzato alla ricerca di indicazioni su C (“contesti”), M (“meccanismi”), e O (“outcomes”), coerentemente con l’approccio metodologico scelto (la “*realist analysis*”), attraverso il software ATLAS TI per l’analisi qualitativa.

In tabella, sono elencate le pubblicazioni scientifiche che abbiamo identificato come “canonici” di “Luoghi di Prevenzione”.

Titolo	Descrizione in breve
The electronic cigarette: potential health benefit or mere business? (De Marco et al. 2013)	<i>Position paper</i> sulla mancanza di evidenze sull’uso delle sigarette elettroniche in ambito di disassuefazione dal fumo di tabacco, pubblicato nella rivista di riferimento della società di tabaccologia italiana.
Volume di prestazioni erogate dai Centri antifumo italiani e loro caratteristiche predittive di successo nei tentativi per smettere effettuati dai fumatori afferenti (Gorini et al. 2013)	Descrizione dei centri antifumo in Italia e delle caratteristiche che sembrano dare i migliori risultati sugli utenti: tra queste, la presenza di trattamenti di gruppo e l’uso di sostitutivi nicotinici.
A school-based peer-led smoking prevention intervention with extracurricular activities: the LILT-LdP cluster randomized controlled trial design and study population, (Bosi et al. 2013)	Descrizione della popolazione e del disegno di un trial randomizzato su un percorso di sensibilizzazione in ambito scolastico sul tema dei danni da fumo di tabacco, “scuole libere dal fumo”, ideato dalla LILT di Reggio Emilia e adottato poi anche dalla Regione Emilia Romagna in seguito ai risultati molto positivi.
Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial, (Gorini et al. 2014)	Presentazione dei risultati molto positivi del succitato trial dell’intervento “scuole libere dal fumo”, tra cui riduzione numero di sigarette fumate, ritardo dell’iniziazione al fumo, diminuzione fumo in aree proibite.
Pediatrician-led Motivational Interviewing to Treat Overweight Children: An RCT, (Davoli et al. 2013)	RCT che ha riguardato i pediatri di Reggio Emilia e ha portato a un intervento motivazionale ai loro utenti sovrappeso, che ha portato a un impatto sul BMI delle femmine a un anno.

Titolo	Descrizione in breve
L'abuso di alcol in adolescenza: un modello partecipato di intervento preventivo in ambito scolastico, (Bosi et al. 2013)	<i>Position paper</i> di descrizione del modello di intervento nelle scuole in ambito di alcol, comprensivo di <i>peer education</i> e percorsi laboratoriali.
A prevention program for multiple health-compromising behaviors in adolescence: Baseline results from a cluster randomized controlled trial, (Allara et al. 2015)	RCT su un intervento indirizzato a stili di vita multipli in ambito scolastico, “paesaggi di prevenzione”; il campione molto esteso riguardava il territorio della Regione Emilia Romagna e l'intervento sviluppava quanto raggiunto dallo studio precedente sulla disassuefazione dal fumo su altri stili di vita, riducendo le componenti dell'intervento a modifiche del contesto scolastico e intervento dell'insegnante.
Effects of a prevention program on multiple health-compromising behaviours in adolescence: A cluster randomized controlled trial (Allara et al. 2019)	Presentazione dei risultati di “paesaggi di prevenzione”: l'intervento sviluppato da “liberi dal fumo” (trial precedente, molto efficace) una volta semplificato (si è provato a eliminare la componente dei peer educator e dei percorsi laboratoriali) e allargato a alcol, a. fisica e alimentazione, perde la sua efficacia sul fumo e presenta lievi effetti iatrogeni sul versante dell'alimentazione.
Mediating factors of a school-based multi-component smoking prevention intervention: the LdP cluster randomized controlled trial, (Carreras et al. 2016)	Mediante regressione multipla sul dataset del trial “scuole libere dal fumo”, a partire dal framework concettuale dell'intervento, vengono identificati i fattori di “mediazione” che potrebbero avere contribuito maggiormente al suo successo, in particolare la <i>peer education</i> e i percorsi laboratoriali.
Motivational Interviewing to Treat Overweight Children: 24-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial, (Broccoli et al. 2016)	Follow up a due anni dell'intervento dei pediatri sui loro utenti sovrappeso, riscontra una sostanziale perdita dell'effetto che si riscontra ad un anno. Conclude suggerendo di studiare possibili rinforzi o modificazioni dell'intervento per consolidarne gli effetti positivi, come il prolungamento dell'intervento.
Virtual Reality for Neuroarchitecture: Cue Reactivity in Built Spaces, (Chiamulera et al. 2017)	<i>Position paper</i> in collaborazione con le neuroscienze di UNIVE sulla necessità di indagare maggiormente l'impatto degli ambienti costruiti sui comportamenti di salute, per costruire ambienti “sicuri dal punto di vista motivazionale”.

I tre casi analizzati

Selezione dei casi di studio

I tre casi in oggetto sono stati selezionati su base teorica: come noto nella letteratura del settore, nello studio di caso multiplo è necessario rinunciare a qualunque principio di rappresentatività statistica; la loro selezione dovrebbe invece puntare a possibilità di confronto che portino alla generazione di ipotesi di funzionamento interessanti e modelli utili (pg. 198, Mortari e Zannini 2017).

La scelta dei casi tiene conto dei seguenti aspetti:

- sono circoscrivibili al periodo 2015-2018: questo permette di ragionare sui meccanismi legati alla gestione di più progetti contemporaneamente
- riguardano tre ambiti di finanziamento del centro differenti, e quindi tre famiglie progettuali differenti:
 - Bando nazionale con i fondi del versamento del 5x1000 alla LILT nazionale per il finanziamento di progetti di ricerca
 - Bando nazionale del Centro Controllo Malattie rivolto alle regioni, destinato alla diffusione di buone pratiche già consolidate in parte del territorio
 - delibere regionali della Regione Emilia-Romagna per l'attuazione del Piano Regionale della Prevenzione

in questo modo è possibile indagare gli elementi metodologici che rimangono conservati anche all'interno di famiglie progettuali e meccanismi di finanziamento differenti, e quelli che invece vengono rimodulati;

- coinvolgono setting e target diversi nella loro implementazione:
 - il Piano Regionale della Prevenzione riguarda le scuole;
 - il 5x1000 stili di vita riguarda scuole, luoghi di lavoro e setting di cure primarie e salute pubblica
 - il CCM 2015 riguarda luoghi di lavoro, cure primarie e salute pubblica
- hanno elementi teorici alla base per lo più coerenti tra loro, ma prevedono una varietà di metodologie di management, reporting e valutazione:
 - il PRP è regolato in un piano pluriennale con indicatori con obiettivi crescenti, e prevede di raccogliere le buone pratiche che emergono durante il lavoro di implementazione
 - il 5x1000 stili di vita prevede una modalità di ricerca-azione, dove si sperimentano possibili soluzioni per promuovere stili di vita salutari in contesti opportunistici e in scuole allo scopo di tesaurizzare quanto emerge per gli interventi futuri
 - il CCM 2015 prevede obiettivi e sottobiettivi monitorati con indicatori molto precisi, una rendicontazione semestrale e un piano valutativo quantitativo e qualitativo.

Comparazione tra i casi

una checklist realista della complessità: VICTORE

Allo scopo di facilitare la comparazione dei casi analizzati, riassumiamo qui alcune delle loro caratteristiche chiave attraverso la *check-list della complessità* di R. Pawson; tale esercizio viene raccomandato in valutazione realista come sforzo preliminare all’implementazione di un nuovo programma o in fase di valutazione. Il testo di commento all’acronimo è tradotto dal suo manuale a pag. 46 (Pawson 2013).

Check list della complessità di R. Pawson “VICTORE”

V = Volitions “volontà”/intenzionalità ; disegnare l’architettura delle scelte del programma. Quali sono le scelte che i soggetti devono compiere per raggiungere quanto auspicato?

In tutti e tre i progetti analizzati è possibile identificare un livello di scelte fatte da decisori istituzionali, da professionisti e da utenti, tutti in qualche modo target degli interventi analizzati.

Stakeholder: sia il “CCM 2015” che il “5x1000 stili di vita” prevedono che la singola UO, AUSL o sezione LILT che sia, debba coinvolgere dei decisori perché incorporino interventi di promozione di sani stili di vita nei loro contesti; devono quindi ottenere una loro disponibilità a fare formare i propri professionisti e a rivedere la logistica del proprio servizio (ad esempio: viene deciso che ad un paziente ogni 5 di quelli che si recano allo *screening* del colon-retto venga fatta una domanda sugli stili di vita, e vengono modificati i minutaggi del servizio di conseguenza). In cambio vengono offerti formazione gratuita e materiali informativi, oltre alla visibilità data dalla partecipazione al progetto.

Nei setting scolastici ci si aspetta che gli istituti, tra i vari possibili progetti, scelgano quelli legati agli stili di vita perché attuati in modo gratuito e con collaborazione dell’AUSL e delle LILT.

Professionisti: per lo più nei progetti i professionisti che vengono coinvolti dalle UUOO lo fanno su base volontaria; verosimilmente, è necessario che percepiscano come vicino a loro il tema trattato o che almeno percepiscano un vantaggio a collaborare con l’ente proponente (ad esempio, per una azienda la collaborazione con la LILT può portare a un’immagine più positiva, di maggiore cura dei propri dipendenti). Inoltre, ci si aspetta che il professionista scelga di rivedere l’impostazione della sua modalità di colloquio, introducendo il tema degli stili di vita in modo motivazionale e non direttivo. Rispetto agli insegnanti, ci si aspetta che siano disponibili ad approfondire il tema e a formarsi in prima persona per la realizzazione dell’intervento, ricevendo in cambio formazione gratuita e sostegno metodologico e logistico.

Per lo più, ai professionisti coinvolti viene offerta l’accesso a formazioni *blended* con possibilità di approfondimento asincrono e ottenimento di attestazioni.

Utenti: Nel CCM 2015 e nei setting sanitario e lavorativo del 5x1000 ci si aspetta che una certa percentuale di utenti, incontrando la proposta di un approfondimento sui loro stili di vita in modo opportunistico (ad esempio, in farmacia), si trovino in uno stadio di interesse a approfondire il tema. Un sottoinsieme di questi, una volta ricevuta qualche semplice domanda sul tema in maniera non invasiva, potrebbero mostrare interesse a percorsi di approfondimento (come i corsi per smettere di fumare).

Nei setting scolastici ci si aspetta che i ragazzi maturino competenze sociali sufficienti a incidere, almeno in una parte di loro, sui loro stili di vita (ad esempio, il rifiuto di una sigaretta), a partire da momenti di approfondimento interattivi e partecipativi.

I = Implementation “implementazione”; Mappare le catene di implementazione.

I programmi possono richiedere mesi o anni per la loro implementazione, e sono attraversati da una grande quantità di “traffico”. La mappa dell’implementazione può tenere traccia di: flussi delle risorse; catene di responsabilità (individuali e istituzionali); punti di ricezione e trasmissione per i soggetti; così come delle diverse teorie del cambiamento alla base di ogni stadio, strategia e tattica.

Tutti e tre i progetti hanno alla base una cascata formativa *blended* (momenti di aula supportati da una piattaforma online). Spesso il formatore dell'UO ha ruolo di "promotore" del progetto a vari livelli: non è possibile in questi scindere tra elargizione di contenuti e promozione del cambiamento del contesto. La formazione formatori e il coordinamento dei progetti è "centralizzata" in Luoghi di Prevenzione, dove i gruppi di coordinamento si ritrovano. Il supporto logistico è fornito dalla stessa segreteria per i diversi progetti e la consulenza scientifica e metodologica è garantita o facilitata dalla stessa direttrice del centro su tutti e tre i progetti; questo anche al fine di diminuire le duplicazioni di incarichi e ottimizzare le agende. Il personale coinvolto è misto tra enti pubblici e privati, e in generale è presente un meccanismo di reclutamento e fidelizzazione dei professionisti, anche mediante supporto economico, garantito dall'avvicinarsi di progetti con fondi di diversa provenienza ma forte convergenza metodologica e di obiettivi.

C = Contexts, "contesti"; mappare i contesti preesistenti in cui il programma viene sviluppato. Mettere a fuoco per chi e in quali circostanze il programma potrebbe funzionare. I contesti si presentano in una varietà che va dal livello micro al livello macro, quindi una mappatura completa potrebbe includere i profili di: principali stakeholders e loro caratteristiche; principali scambi interpersonali attraverso cui il programma viene realizzato; setting organizzativo in cui è collocato; la collocazione del programma a livello sociale in senso più ampio.

A livello legislativo, l'argomento della promozione della salute permette in linea teorica di attingere ai fondi che ogni regione deve dedicare alla prevenzione per legge (5% del budget annuale) ed è promosso da apposite linee di indirizzo tra loro convergenti a livello nazionale, regionale e locale (PNP, PRP). Leggi via via più stringenti in materia di regolamentazione del fumo di tabacco sono state attuate a partire dagli anni '90 (limitazioni di marketing, divieti in locali pubblici). I progetti esaminati riguardano setting sanitari, di lavoro e scolastici; in tutti è presupposto necessario la possibilità di una collaborazione interistituzionale, ad esempio tra scuola e LILT, e/o tra scuola e AUSL. I contesti considerati devono avere la disponibilità a mantenere un contatto periodico e continuativo con le altre realtà coinvolte, di solito attraverso una rappresentanza istituzionale stabile, con incontri e formazioni a Luoghi di Prevenzione. Promozione della salute, comunicazione con l'utente e competenze organizzative sono temi poco familiari al personale medico e in generale sanitario italiano. A livello di contesto più "meso", è opportuno ricordare che le singole scuole possono scegliere liberamente quali progetti implementare; a livello "micro", i medici di medicina generale e setting di medicina del lavoro non hanno degli incentivi stabiliti in modo univoco per l'adozione di pratiche di promozione della salute, ma possono contrattarli all'interno di specifici progetti (ad esempio, inserirli tra gli obiettivi di nucleo di cure primarie a cui vengono collegati degli incentivi economici).

T = Time, Tempo; tracciare la mappa della storia della famiglia di programmi di cui lo specifico intervento è membro. Ciò che è accaduto precedentemente dà forma alle successive evoluzioni. La mappatura temporale può includere: precedenti esperienze dei soggetti del programma e delle comunità con interventi simili; precedenti esperienze degli stakeholder nell'erogare interventi analoghi; fallimenti e successi dei tentativi precedenti, di qualunque natura, di influenzare gli obiettivi della policy esaminata.

I tre interventi, pur legati a tre enti finanziatori differenti, sono parte di una stessa famiglia "virtuale", legati tra loro dal coordinamento metodologico di "Luoghi di Prevenzione". Il centro è coinvolto in progetti CCM dal 2006 e realizza interventi nelle scuole e nelle AUSL dal 1999. Con cadenza quasi annuale la LILT nazionale, organo del ministero, finanzia bandi per la ricerca legati al suo 5x1000; il Centro Controllo delle Malattie bandisce fondi per diffondere progetti già consolidati in realtà circoscritte nel territorio nazionale. Diverse regioni, tra cui l'E. Romagna, recepiscono il PNP e ora il PNC tramite un "Piano Regionale della Prevenzione", con cadenza variabile tra triennale e quinquennale.

Progetti ispirati al centro "Luoghi di Prevenzione" sono sorti in Veneto e in Molise, dove è presente un vero e proprio centro "Luoghi di Prevenzione Molise".

O = Outcomes ; mappare i sistemi di monitoraggio che più tipicamente sono utilizzati o sono stati utilizzati in programmi come quello in studio; quali misure saranno contestate con maggiori probabilità, quali diverse interpretazioni potrebbero dare gli stakeholder, e se il comportamento in oggetto potrebbe cambiare come risultato di un monitoraggio piuttosto che come esito delle azioni del programma.

“Luoghi di Prevenzione” come metodologia complessiva si sottopone a molteplici valutazioni su diversi piani (validazione scientifica, implementazione di piani sanitari, impatto formativo, erogazione di servizi) e può quindi, potenzialmente, essere contestata su ognuno di questi; questo meccanismo di “*accountability*” multipla ne garantisce però anche l’affidabilità. In generale, le misurazioni di impatto sui singoli utenti sono ricavate dagli item di survey nazionali e internazionali di grande rilievo come “PASSI” ed “ESPAD”; l’impatto su un singolo contesto, ad esempio scolastico, può essere misurato attraverso questionari pre/post o, in una minoranza di progetti (soprattutto in ambito di salute pubblica) attraverso rilevazioni biologiche (BMI, peso, campioni ematici, esame dell’espriro). La valutazione del processo complessivo di rete, tenuto da Luoghi di Prevenzione, come tentato in questo studio, non è effettuato strutturalmente da un singolo ente, e difficilmente potrebbe essere attuato da un valutatore completamente esterno, vista la sua complessità e le sue implicazioni, quindi è verosimilmente adeguato un approccio più “*emico*” proprio di antropologia e sociologia. In termini di ricerca valutativa, gli elementi qualitativi di solito vengono ritenuti più “robusti” quando costruiti attraverso triangolazione dei dati attraverso più tecniche e incrocio con metodiche quantitative e se condotti da personale esperto, in grado di dichiarare e descrivere correttamente le metodologie adottate.

R = Rivalry; “competizione”; mappare il panorama di policy preesistente l’implementazione del programma. Altri programmi e interventi di policy affini potrebbero condividere o contrastare gli obiettivi dell’intervento in oggetto e annullare le azioni di stakeholder e soggetti coinvolti. Prendere in considerazione l’influenza di strategie generali di implementazione, come ad esempio strategie di miglioramento continuo, sull’erogazione del programma.

Sul territorio nazionale sono presenti altri singoli progetti analoghi, in particolare ricordiamo che “unplugged” (Vigna-Taglianti et al. 2014) è un progetto sul fumo implementato nelle scuole del nord Italia, di efficacia dimostrata tramite RCT; in ambito lavorativo la “rete WHP” legata alle aziende sanitarie ad esempio in Lombardia offre strumenti per aziende private interessate a politiche di welfare. Rispetto alla formazione, l’ISS offre FAD gratuite senza supervisione né momenti d’aula sulle diverse tematiche di promozione della salute, e sull’approccio motivazionale esiste la Motivational Interview Network (MINT) a livello internazionale che in Italia fa riferimento ad alcune società di formazione (vedi ad esempio la “Motivational interview academy” di V. Quercia, allievo di G. Guelfi).

E = Emergence, “proprietà emergenti”; Mappare i potenziali effetti emergenti, gli adattamenti di lungo termine, i cambiamenti sociali e le conseguenze inattese riscontrate con il programma. Prendere in considerazione se la diffusione e la duplicazione del programma possa ridurre la sua efficacia. In che modo sarà in grado di mantenere un equilibrio tra reclutamento, mantenimento del coinvolgimento, e uscita dal programma?

L’effetto di questi progetti è pensato in se stesso in termini di “proprietà emergenti”: ognuno di essi è inanellato in una catena di progettualità che dovrebbero dare effetto sinergico in termini di “ridondanza formativa” sugli operatori fidelizzati, esplorazione di nuovi contesti e raccolta periodica di nuove pratiche, offerta costante di formazione e supporto logistico per nuovi stakeholder e nuovi professionisti interessati, nonché di percorsi e di supporto agli utenti.

CASO DI STUDIO n° 1: progetto “CCM 2015”

Schema del progetto

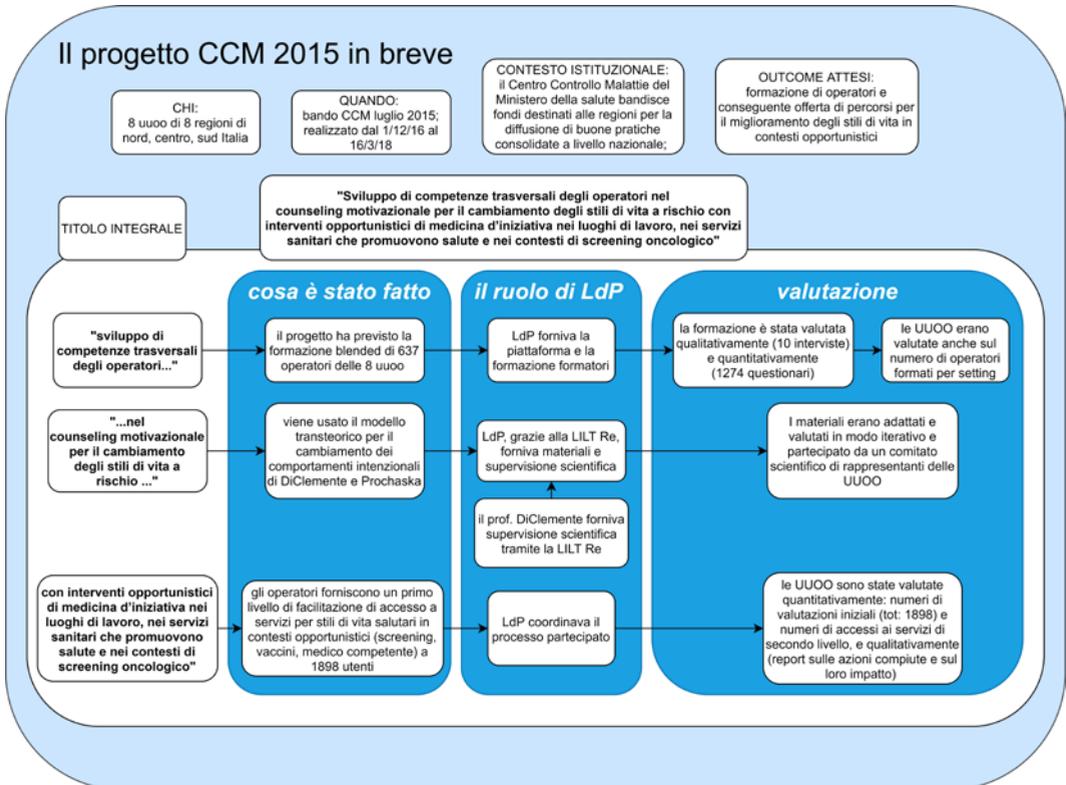


Figura 1, progetto “CCM 2015”

Il progetto in breve

In breve, il progetto CCM 2015, con un finanziamento complessivo di 449 mila euro, era incentrato sull’implementazione di una cascata formativa e organizzativa che ha permesso di portare in UUOO sparse sul territorio nazionale interventi di promozione di stili di vita salutari in contesti opportunistici. Gli operatori a contatto con l’utenza in setting dedicati ad altri aspetti della salute (in particolare la visita del medico competente, lo *screening* oncologico, o i setting vaccinali o delle case della salute) esploravano brevemente la motivazione degli utenti a possibili percorsi di cambiamento degli stili di vita, e poi a questo scopo li inviavano quando appropriato a percorsi “di secondo livello”.

Partendo dall’analisi del progetto, possiamo vedere come questo tipo di progettazioni permetta di tentare l’implementazione di uno stesso progetto in contesti piuttosto differenti, e testando una varietà di meccanismi utili a questo scopo.

Possiamo vedere ad esempio come con lo stesso mandato, ovvero inserire una prima valutazione sulla motivazione ai cambiamenti degli stili di vita, fornendo la possibilità di accedere

a un servizio di secondo livello, le diverse unità operative hanno provato opzioni differenti. Infatti, a parità di mandato istituzionale, di risorse dedicate, e di supporto fornito, sono per esempio state fatte scelte diverse per *Il setting di implementazione* della progettualità.

Setting “ <i>screening</i> ”: dove viene implementata la valutazione motivazionale dell’utente:		
Emilia-Romagna	setting <i>screening</i> prevalentemente presso case della salute	180 utenti
friuli Venezia Giulia	farmacisti alla consegna del kit sangue occulto	223 utenti
Toscana	nei secondi livelli dei percorsi di <i>screening</i> (es., colposcopia)	144 utenti
Sardegna	<i>screening</i> della cervice uterina	240 utenti
Marche		122 utenti
Molise		102 utenti

Contesti diversi, stessa efficacia

Ovviamente, dove sono presenti centri di aggregazione dei servizi territoriali come le case della salute, è stato possibile testare il meccanismo proprio al loro interno.

Ma anche dove queste realtà non sono presenti o (come in Toscana) non sono state coinvolte direttamente nella progettazione, vengono trovate altre soluzioni che intercettano il cittadino e che sembrano dare comunque risultati positivi equivalenti.

Questa indagine non è in grado di fare valutazioni molto dettagliate della qualità del servizio erogato, ma non è d’altronde nemmeno parte del mandato del progetto stesso; nel senso che per molte realtà questa si andava a configurare come una prima esperienza, tesa a stimolare una crescita del sistema attraverso una esperienza pilota. Già il dato di implementazione avvenuta è quindi molto interessante e sostanzialmente raggiunge l’obiettivo principale, perché presuppone una serie di passaggi necessari che indicano in sé il raggiungimento di importanti obiettivi di progetto.

Quindi, rispetto all’*outcome* “implementazione di un percorso di valutazione dello Stato motivazionale di utenti in setting opportunistici rispetto all’ipotesi di intraprendere un percorso di cambiamento di stili di vita non salutari” il variare dei setting non sembra essere un elemento di forte ostacolo.

Questo si inserisce però in una più ampia riflessione su quali aspetti del contesto sono invece costanti: questa, e anche le altre macro progettazioni che descriviamo e che fanno capo a “Luoghi di Prevenzione”, presuppongono una serie di allineamenti istituzionali, metodologici, formativi, e di reti di relazioni formali e informali, che sembrano quindi avere un peso molto più rilevante nella riuscita dell’implementazione, rispetto, ad esempio, alla scelta del singolo setting (farmacia, Istituto preventivo dedicato, Casa della salute, ufficio dedicato dell’igiene pubblica).

Rilevazioni qualitative

Attraverso le interviste fatte a referenti delle unità operative emerge un altro importante *outcome* verosimilmente raggiunto dal progetto che è quello di una partecipazione e un coinvolgimento elevato in tutte le unità operative.

A supporto di questa ipotesi si citano spesso nelle interviste le numerose richieste di iscri-

zione alle formazioni per operatori sanitari, che hanno portato anche a dover escludere alcuni partecipanti.

Meccanismi che l'indagine qualitativa sembra mettere in evidenza sono:

1. I partecipanti sono stati individuati per “doppio meccanismo”, di partecipazione su base volontaria all'interno dell'azienda da una parte e di coinvolgimento da parte dei responsabili dei servizi e delle associazioni coinvolte, con conseguente invio per nomina, dall'altra
2. I docenti sono stati selezionati tra i professionisti che hanno seguito un corso di formazione formatori da 50 crediti
3. Spesso sono stati aggiunti momenti di aula che, riferiscono i responsabili, hanno ricevuto un buon gradimento, perché condotti con tecniche attive di simulazione per lo sviluppo delle competenze comunicative
4. I contenuti del corso sono stati pensati per essere concreti e sfruttabili in contesti reali
5. Il problema trattato, ovvero l'approccio motivazionale e il cambiamento degli stili di vita dei pazienti, è sentito culturalmente da diversi operatori

Un possibile indicatore di gradimento e di ricadute positive che questo progetto ha ottenuto è inoltre il fatto che in diverse unità operative gli operatori che hanno partecipato al progetto hanno avanzato la proposta di mettere a sistema questo tipo di approccio al di là delle scadenze progettuali.

Per completezza, citiamo invece un meccanismo che è riportato come avente un effetto **negativo** sulla partecipazione al progetto. Viene segnalato infatti che per alcuni dei professionisti impegnati nel lavoro con l'utenza dei setting previsti da questo progetto l'utilizzo della formazione a distanza era un approccio nuovo e poco familiare rispetto alla più abituale formazione in presenza e che quindi questo ha talvolta scoraggiato la partecipazione per le difficoltà legate all'uso della tecnologia.

Valutazione quantitativa della FAD

La formazione a distanza del progetto è stata gestita da “Luoghi di Prevenzione” e ha sostenuto la cascata formativa che ha portato all'implementazione delle valutazioni motivazionali degli utenti nei diversi setting.

Tale FAD è stata sottoposta a una valutazione quantitativa mediante questionario PRE/POST, e riportiamo una breve sintesi dei risultati di seguito da uno dei documenti collegati al progetto:

“La valutazione è avvenuta a cura dell'istituto ISPRO di Firenze. Complessivamente nelle Regioni partecipanti al CCM del 2015 (...) i professionisti della “Promozione della Salute” (tutor) che hanno partecipato al corso di formazione a distanza (FAD) sono stati 56; 39 alla prima edizione e 17 alla seconda edizione.

È stato somministrato, prima e dopo l'effettuazione della formazione a distanza, un questionario di autovalutazione delle competenze con 23 domande. Punteggio massimo: 46.

Le competenze sono notevolmente aumentate dopo il corso FAD (grafico 1): solo l'11% nel questionario compilato prima del corso ha ottenuto un punteggio elevato (≥ 38 su 46; ovvero 83 su 100 circa), mentre al questionario post ben l'84% ha ottenuto un punteggio elevato.

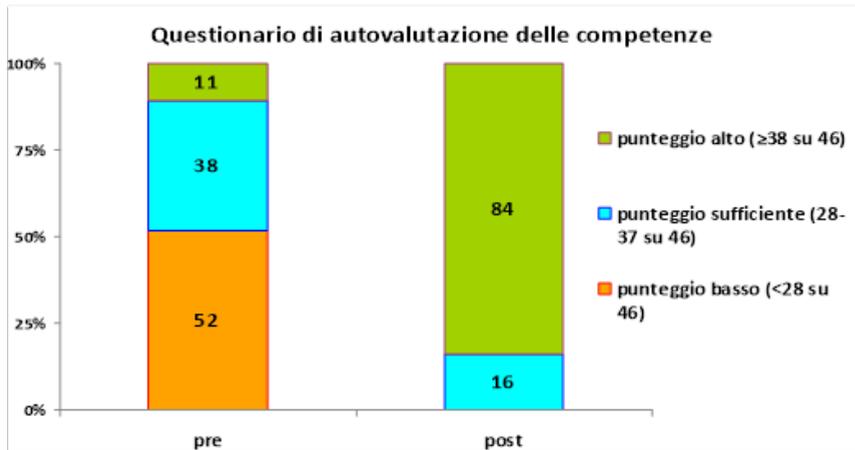


Figura 2, punteggi dei questionari di autovalutazione delle competenze rispetto alla FAD in promozione della salute

In conclusione, gli strumenti compilati dai partecipanti per valutare l'efficacia della FAD di LDP hanno prodotto risultati fortemente positivi sulla sua adeguatezza.

Dalla valutazione qui riportata possiamo formulare un'ipotesi su un meccanismo: la formazione in promozione della salute, in particolare rispetto alle competenze comunicative e organizzative presenti nella FAD di “Luoghi di Prevenzione”, è complessa e tocca argomenti che possono essere almeno in parte poco familiari ai professionisti sanitari: da qui probabilmente i punteggi di autovalutazione delle competenze mediamente bassi in fase preliminare alla formazione.

Inoltre, possiamo affermare che la formazione a distanza in sé non è una garanzia sufficiente per il raggiungimento di questo tipo di obiettivi.

Ma questi risultati suggeriscono che la formazione erogata in questa modalità *blended* possa essere efficace nel conferire una competenza percepita come maggiore da parte del discente. Dalle interviste qualitative possiamo ipotizzare abbiano un impatto positivo sia l'abbinamento di momenti in presenza per la simulazione delle competenze relazionali e il confronto tra pari, per lavorare sulle competenze di progettazione e organizzazione in una dinamica di “comunità di pratiche”, che la possibilità di approfondimenti teorici in modo asincrono data dalla FAD. A fianco di questo viene rilevata la utilità di un'assistenza telefonica e telematica in orario di ufficio garantita dalla segreteria di “Luoghi di Prevenzione”.

Considerazioni globali sul progetto

Nel commento conclusivo della relazione di progetto relativa alle UUOO 1A e 1B, che avevano il coordinamento del progetto (e alla cui redazione all'epoca ho contribuito) vengono inoltre evidenziati altri possibili aspetti a commento generale del progetto:

tutti gli obiettivi considerati nel progetto sono stati raggiunti, con il superamento delle attese in alcuni ambiti. Inoltre, anche UUOO senza finanziamenti, associatesi al progetto in modo

volontario per loro interessamento, hanno implementato con successo l'intervento. Vengono quindi formulate alcune ipotesi rispetto ai possibili meccanismi che hanno garantito la riuscita del progetto: in particolare, la condivisione di presupposti teorici forti comuni in tutti gli ambiti, la flessibilità di implementazione garantita dal modello scelto, e soprattutto la cura di un gruppo di lavoro che oltre a specifiche metodologie si ritrova a condividere un ambito valoriale comune. Questo tipo di osservazione hanno un fondamento a livello teorico, visto che gli ideatori stessi dell'approccio motivazionale, Miller e Rollnick, nella prima versione del loro manuale chiarivano come, al di là delle tecniche, l'approccio motivazionale dovesse la sua efficacia prima di tutto ad una adozione di valori incentrati sulla autonomia della persona. D'altronde anche nelle interviste condotte a completamento di queste valutazioni emerge la rilevanza che questo modello ha nell'indurre una modificazione dei propri valori lavorativi.

CASO DI STUDIO n° 2: progetto "5x1000 stili di vita"

Schema del progetto

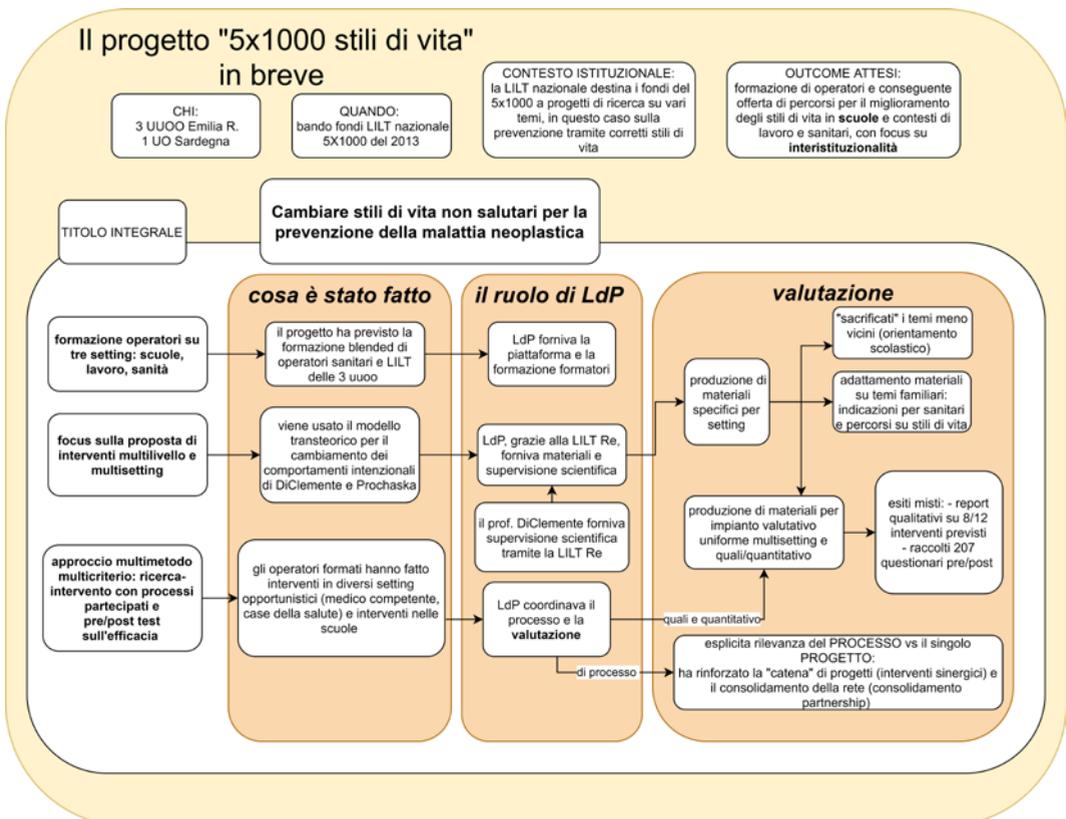


Figura 3, schema del progetto "5x1000 stili di vita"

Perché questo progetto?

L'analisi di questo progetto risulta utile per una migliore comprensione del funzionamento di punti di forza e difficoltà di procedere attraverso una rete interistuzionale e multiprogettuale. Infatti, in sé ha avuto un minore raggiungimento degli obiettivi “da progetto” fissati inizialmente; gli utenti raggiunti sono meno, e la documentazione relativa è più frammentata, soprattutto quella a livello quantitativo.

Se il progetto viene guardato in un'ottica “goal-oriented”, potrebbe sembrare meno “interessante” o rilevante di altri.

Ma proprio dalla lettura in un quadro più complessivo di questo progetto si possono ricavare alcuni dati sul funzionamento di “Luoghi di Prevenzione”, e si può capire perché ad esempio, in questo caso, pur non essendo stati raggiunti i singoli obiettivi in modo “impeccabile”, il progetto è servito in un'ottica più ampia, contribuendo a mantenere e accrescere il lavoro di rete e servendo da “ponte” per i successivi sviluppi.

Quindi, è possibile un “successo” dal punto di vista della rete anche quando non è raggiunto un pieno successo dal singolo progetto.

Il progetto in breve

Il progetto “5x 1000 stili di vita”, con un finanziamento complessivo di 130 mila euro, prevedeva la produzione di strumenti, la formazione, l'implementazione e la valutazione di interventi di promozione di stili di vita salutari nei contesti di scuole, luoghi di lavoro, aggregazioni di medicina territoriale (preferibilmente case della salute o medicine di gruppo).

Alcuni elementi erano parzialmente sovrapponibili al progetto “CCM 2015”, nel senso che per due dei tre setting era possibile attuare interventi simili. Il focus è però diverso in quanto progetto di ricerca, impostato secondo la modalità della ricerca-azione. Ovvero, i progetti CCM in generale tendono a incoraggiare l'implementazione sul territorio nazionale di pratiche già riscontrate come efficaci; questo progetto invece esplora nuove ipotesi e si pone l'obiettivo di raccogliere e descrivere quanto di più significativo viene realizzato, con la modalità propria della ricerca-azione: tesaurizzare in cicli periodici di “pianificazione-implementazione-valutazione-nuova pianificazione” le esperienze progettuali, al fine di realizzare un continuo miglioramento e adattamento in risposta al cambiare delle condizioni che si incontrano (si veda a riguardo del concetto di ricerca-azione quanto illustrato da Cifiello nel capitolo 2 del suo manuale, Cifiello 2005).

È quindi possibile rilevare alcune differenze importanti conseguenti a questa diversificazione di approccio e alla storia dei due progetti.

Restituzione più eterogenea

Innanzitutto, rispetto ad un progetto molto più “blindato” e meno flessibile dal punto di vista della rendicontazione come il CCM 2015, possiamo vedere come la rendicontazione del “5x1000 stili di vita” presente sia più “sfilacciata”.

Ecco cosa si rileva dal materiale a disposizione:

1. Alcuni interlocutori citati in fase progettuale non arrivano al completamento del loro contributo (alcuni spazi associativi come la FIMMG, Federazione dei Medici di Medicina Ge-

nerale, o la scuola di spec. In Medicina di Comunità non danno un contributo consistente o ne cambiano la forma rispetto alle prime ipotesi fatte.)

2. La valutazione, in cui sono stato personalmente coinvolto a livello di elaborazione della metodologia, prevede la richiesta di restituzioni di materiali qualitativi e quantitativi.

Ma la restituzione è piuttosto eterogena: lo sforzo fatto a livello di gruppo di progetto è di creare una comprensione dei contesti e dei tentativi messi in atto, più che quello di raggiungere degli obiettivi numerici (comunque suggeriti in fase di progettazione iniziale).

A livello quantitativo:

- un'UO restituisce solo il dato quantitativo in testo libero rispetto agli interventi fatti, senza usare gli strumenti suggeriti (questionari di pre e post test da somministrare per la misurazione dell'intervento);
- due UUOO restituiscono pre/post test; di queste una nel solo setting scuole; l'altra sui tre setting.
- una restituisce la sola descrizione generale del progetto con i numeri ancora parziali dell'intervento, ancora in corso.

dal punto di vista qualitativo:

- 3 su 4 UUOO restituiscono le schede richieste
- una fa una restituzione in testo libero

Dall'analisi dei materiali, cosa ha quindi contribuito alle difficoltà di implementazione e alla eterogeneità di restituzione del progetto?

Sovrapposizione dei cronogrammi

Il progetto aveva obiettivi e cronogramma parzialmente sovrapposti a un progetto più "ambizioso" e istituzionalmente più impegnativo per gli attori, il CCM 2015, che prevedeva un sistema di restituzione del lavoro fatto più quantitativo e "rigido" perché meno contaminato dalle metodologie sociali.

Questo aspetto di convergenza tra progetti diversi, che spesso rappresenta un punto di forza delle progettualità gestite da "Luoghi di Prevenzione", in questo caso si presenta anche come un parziale svantaggio, ad esempio tramite meccanismi come:

- Possibili occasioni di confusione su temi, scadenze, e strumenti per gli attori, in parte coinvolti anche sul CCM 2015;
- Rischio di passare in "secondo piano" rispetto ad altri progetti, e quindi che i suoi aspetti specifici vengano in parte persi;

Inoltre, il "5x1000 Stili di vita" aveva una parziale sovrapposizione di cronogramma con un altro progetto dello stesso finanziatore, anch'esso realizzato con parte degli stessi interlocutori, il "5x1000 Salute e Ambiente". Anche qui, vediamo le implicazioni di valore misto della convergenza di più progetti, in quanto da un lato gli interlocutori erano agevolati dal punto di vista logistico, con la possibilità di "raggruppare" riunioni e momenti formativi, utile in progetti di interesse nazionale. Dall'altro però il singolo progetto correva il rischio di non "emergere" opportunamente e di essere approfondito e sviluppato meno per la sovrapposizione parziale con altri progetti.

Materiali e cascata formativa

- Dalle analisi del cronogramma possiamo affermare che i **materiali** sono arrivati relativamente in ritardo rispetto ad altri progetti analoghi; conseguentemente diversi interventi sono stati complessivamente rimodulati o realizzati solo in parte. Avere un unico centro di coordinamento ha implicato, in questo caso, che il progetto più “sovrapposto” fosse quello con minore valorizzazione.
- Rispetto alla **cascata formativa**, è possibile rilevare un effetto sinergico degli strumenti formativi attivati e dei referenti, formati con metodologie e supporti analoghi per progetti diversi.

Possiamo però ipotizzare che lo stesso referente, formato nello stesso modo, ma su progetti diversi, richieda di essere guidato attentamente nella fase dell’implementazione e attraverso una attenta condivisione delle agende.

L’“omeostasi” della rete progettuale

Il governo della rete di progetti può diventare quindi frustrante o faticosa perché necessita di essere rimodulata non solo rispetto alle priorità della singola istituzione sul singolo progetto, ma sulle priorità di *ognuna delle istituzioni su molteplici progetti*. Citiamo ad esempio il fatto che:

- Tutti gli interlocutori del progetto erano coinvolti anche nel CCM2015, e alcuni erano coinvolti anche nel 5x1000 “salute e ambiente”. I due “progetti concomitanti” risultavano in parte quindi “progetti concorrenti”, anche perché il progetto più ambizioso (in termini di finanziamenti e di estensione, il CCM 2015) ha preso ampi spazi fino alla sua conclusione, mentre il progetto “5x1000 Salute e ambiente” ha preso ulteriore rilievo perché per certi versi più innovativo (il progetto, teso alla valorizzazione degli spazi di vita come ambienti salutogenici, prevedeva l’introduzione di collaborazioni interprofessionali meno abituali per il gruppo di lavoro, come quella con architetti e pianificatori urbani degli enti locali).
- In parte la configurazione complessiva della rete di progetti così creatasi portava ad un “sovraccarico” delle UUOO legate alle LILT locali. Infatti mentre i 5x1000 risultavano meno impegnativi per le AUSL, coinvolte solo come partner ma senza responsabilità strutturali, al contrario il progetto CCM2015 prevedeva impegni molto concreti da parte delle LILT locali coinvolte anche in azioni di progetto.
- Nella “grande ruota” del sistema di progetti, “piccole” cose positive possono essere perse per ragioni di timing, dove si pone attenzione alla cura del processo e non del singolo progetto. A sostegno di questo citiamo ad esempio che:
 - alcuni dei dati inviati sono stati comunque analizzati solo in modo parziale, anche se i risultati erano verosimilmente positivi dalle analisi preliminari.
 - due setting hanno fatto gli interventi ma non li hanno misurati (in parte, per un problema legato ai materiali in ritardo sui tempi; vedere il precedente ragionamento sul progetto diventato meno visibile nella rete di progetti).

Considerazioni globali sul progetto

- la **“rete” progettuale** con un “coordinamento univoco” a cura di “Luoghi di Prevenzione” crea i suoi meccanismi di omeostasi e di prioritizzazione; per esempio, la rendicontazione del 5x1000 permette una maggiore flessibilità di rendicontazione, meno “stringente” sui numeri raggiunti e più qualitativa sui processi attuati. Il focus complessivo resta sullo sviluppo della rete, e non viene arrestato da tentativi che risultano meno fruttuosi.
- d'altronde questo è reso possibile dal fatto che l'intervento è esplicitamente descritto come ricerca-intervento, (denominazione alternativa di interventi della **ricerca-azione**) e si colloca quindi in un ambito di studio di problem-solving in diversi contesti, in cui gli elementi quantitativi sono un *supporto*, ma non il fulcro del processo in corso.
- Di nuovo, qui abbiamo un aspetto positivo della costruzione della rete progettuale: **progetti meno estesi, come questo, possono permettere sperimentazioni più libere** e possono permettere di intercettare più liberamente o in modo più continuativo nuovi interlocutori; a supporto di questo rileviamo ad esempio come due unità operative su quattro riportino di avere lavorato con nuovi stake-holder durante l'implementazione del progetto, e che a posteriori abbiano affermato l'utilità di questa connessione anche per i progetti successivi.

Quali risultati?

Gli *outcome* NON raggiunti, in questo caso, ci mandano un messaggio, che però come abbiamo visto è decifrabile solo alla luce degli elementi qualitativi e di contesto: ovvero che ambienti di sperimentazione e costruzione più “liberi” sono più difficili da rendicontare. Gli *outcome* raggiunti, e ancora più chiaramente i dati qualitativi, ci parlano comunque di una situazione interessante; ovvero, inserite in una rete di progetti con finanziamenti tra loro “concatenati” con obiettivi parzialmente convergenti, le LILT non hanno smesso di lavorare e provare a implementare i progetti anche quando i tempi erano stretti, e sono rimaste “in gioco”, per restare “al tavolo”.

Nell'ambito di una rete progettuale, anche il lavoro avviato e non completato in un setting all'interno di un singolo progetto, in quanto inserito in una catena di progetti, può essere la base del successo del progetto successivo, portando così ad una minore dispersione di risorse.

Risultati di rete e teorie del cambiamento

Una considerazione conclusiva può essere inoltre fatta rispetto alle “teorie del cambiamento”. In questo modello proposto di interventi e istituzioni in rete un possibile punto di forza quindi è che la “conceptual platform for behavioural change interventions” di Pawson, se lo guardiamo dal punto di vista della valutazione realista, o il “modello transteorico del cambiamento dei comportamenti intenzionali”, se seguiamo l'impostazione di DiClemente e Prochaska, può essere “ampliato” a tutta la rete, così che il meccanismo di engagement dello stakeholder continua anche quando il singolo progetto è in difficoltà o viene implementato solo in parte. Ovvero: l'utente o lo stakeholder che un eventuale “progetto numero uno” ha potuto solo sensibilizzare o intercettare, potrebbe entrare in “azione” come attore di rilievo nel progetto successivo della stessa rete progettuale.

CASO DI STUDIO n°3: “Setting scuole” del Piano Regionale della Prevenzione della Regione Emilia Romagna

Schema del progetto

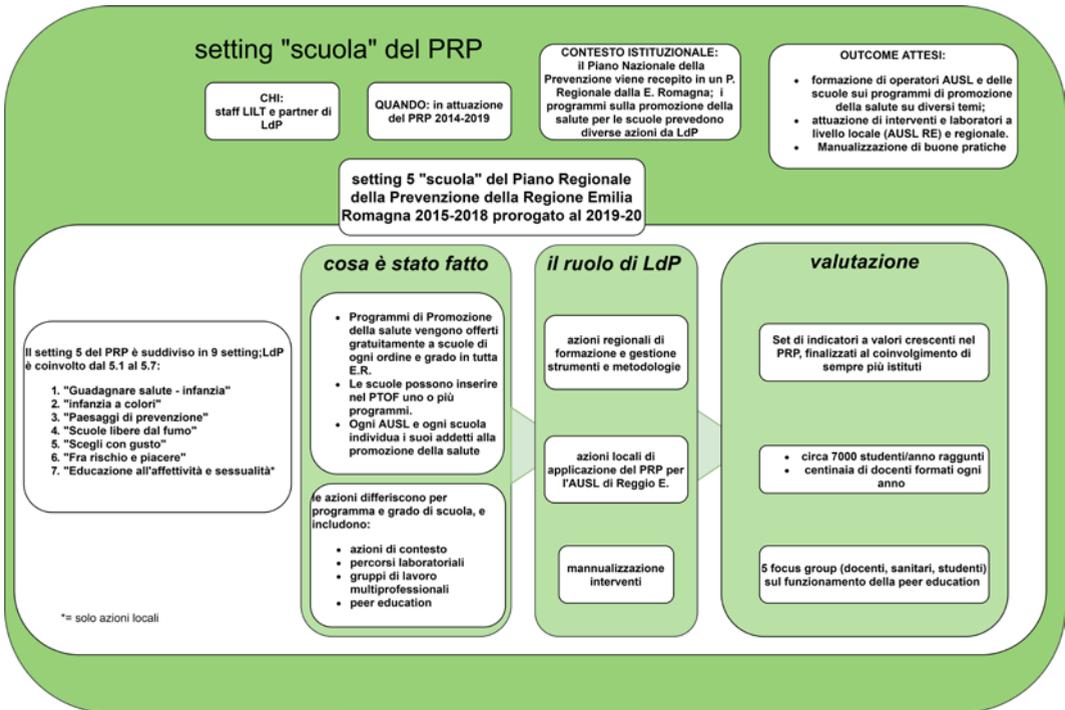


Figura 4, schema del progetto “setting scuole” del Piano Regionale della Prevenzione

Il progetto in breve

Con “setting salute scuole” intendiamo una parte del piano regionale della prevenzione della regione Emilia Romagna che è rimasto in vigore dal 2014 a parte del 2020, e che per la parte di pertinenza di “Luoghi di Prevenzione” prevedeva un finanziamento specifico di 160 mila euro l’anno. Il piano progettuale di questo caso di studio è quindi ritrovabile all’interno dello stesso piano della prevenzione («Costruire salute» s.d.), dove è specificato che la sua attuazione coinvolge proprio “Luoghi di Prevenzione”. La nostra analisi in particolare fa riferimento al quadriennio 2015-2018.

La dinamica di rendicontazione è la seguente: Luoghi di Prevenzione, in particolare una parte dello staff della Lega Italiana lotta contro i Tumori, realizza in collaborazione con l’AUSL attività formative per studenti e docenti della città di Reggio Emilia sui temi della promozione della Salute. Queste attività per lo più vanno a costituire le azioni locali di attuazione del setting scuole per la USL di Reggio.

Allo stesso tempo, però, Luoghi di Prevenzione mantiene una funzione regionale nel momento in cui si occupa della formazione dei “*peer educator*”, ovvero di studenti con funzione di supporto volontario ai progetti di promozione della salute, per le altre province, in diversi momenti dell’anno, inclusi nella rendicontazione, e degli insegnanti, nonché della produzione dei materiali e della gestione della piattaforma informatica di riferimento che ne permette la consultazione ad opera di studenti e docenti.

Riassumendo quindi le azioni di “Luoghi di Prevenzione” sono:

- produzione materiali e gestione piattaforma per l’accesso ad essi per il setting scuole (azione regionale)
- formazione di Peer educator e docenti da istituti scolastici di tutta la regione in più appuntamenti l’anno (azione regionale)
- attuazione di azioni locali scuole della AUSL di Reggio Emilia

I risultati

“Luoghi di Prevenzione” produce quindi una relativa reportistica per l’AUSL di Reggio Emilia e per la regione, in cui troviamo questi numeri di ragazzi coinvolti, rispetto ai 4 anni considerati:

ANNO	STUDENTI RAGGIUNTI
2015	7390
2016	7005
2017	7034
2018	7333

Il setting 5 o “setting scuole” del piano regionale della prevenzione si articola in nove specificazioni, dalla 5.1 alla 5.9.

Luoghi di Prevenzione è coinvolto direttamente nell’erogazione di interventi in tutti questi setting fino al 5.7 Incluso, ed ha un ruolo forte metodologico e formativo in tutti i primi 6 setting. In sostanza, il PRP prevede un’organizzazione per diversi programmi che vengono proposti alle scuole e che le scuole possono inserire nel loro PTOF (Piano Triennale dell’Offerta Formativa). Come anche gli altri setting del piano regionale, anche per questo setting sono previsti degli indicatori per il monitoraggio e la valutazione dell’andamento negli anni. Tra gli obiettivi c’è un numero crescente di scuole coinvolte nei progetti e la produzione di manualizzazioni delle esperienze più di successo.

I numeri quindi che abbiamo riportato nella tabella fanno riferimento sia alle azioni locali che Luoghi di Prevenzione ha attuato a livello di Reggio Emilia, secondo le indicazioni regionali contenute nel piano regionale, sia al coinvolgimento di ragazzi di altre province ad esempio con il ruolo di Peer educator o coinvolti in momenti significativi di avvio o restituzione dei progetti a livello regionale. Al coinvolgimento dei ragazzi è importante aggiungere anche la formazione dei docenti, nell’ordine delle diverse centinaia di insegnanti l’anno, anche qui in parte locali e più in generale regionali.

Per ognuno di questi setting è disponibile una manualistica prodotta proprio dal centro Luoghi di Prevenzione, perlopiù a cura della direttrice scientifica del centro. Per ragioni di eccessiva estensione del campo di ricerca, tale manualistica non è stata inclusa tra il materiale

analizzato in modo rigoroso tramite identificazione di configurazioni CMOs ma è complessivamente nota nel dettaglio allo scrivente.

Resta comunque nell’ambito di questo studio di caso il sottolineare che i manuali sono stati spesso prodotti all’interno di progetti precedenti o concomitanti l’implementazione del “setting scuole”: questo per ribadire come tale produzione sia avvenuta sempre in un ambito di fortissima intersettorialità e interistituzionalità.

Risultati e teoria del cambiamento

Inoltre sottolineiamo tra i meccanismi coinvolti che tra gli obiettivi del piano c’è ovviamente il coinvolgimento di un sempre maggior numero di classi, e questo a fronte di istituti scolastici che hanno la facoltà di adottare progettualità di diversa natura in cui la proposta del SSN è solo una delle possibilità.

In questo senso quindi una formazione al governo dei processi tramite il MTT potrebbe essere risultata particolarmente adeguata, in quanto in analogia agli interventi sull’individuo anche quelli di comunità come gli interventi scolastici traggono beneficio dall’essere proposti in più occasioni, e dal potersi adeguare ai tempi del soggetto (in questo caso, dell’istituzione).

Inoltre, nel “setting scuole” viene specificato più volte l’importanza di raccogliere le esperienze più significative allo scopo di descriverle e diffonderle. Questo elemento risulta particolarmente compatibile con le metodiche di “Luoghi di Prevenzione”, in quanto proprio una impostazione in modalità di ricerca-azione permette questo atteggiamento di co-costruzione e costante revisione e tesaurizzazione dell’apprendimento, come accesso a una conoscenza situata e quindi preziosa ma instabile, mutevole nei suoi esiti in quanto collocata in un mutevole contesto.

Questo tipo di documentazione di un processo richiede però delle competenze specifiche che è più facile sviluppare in un contesto dedicato di quanto lo sia in un’AUSL.

Approfondimento qualitativo: focus group sulla peer education

A completamento del quadro reso dai dati degli indicatori del piano regionale della prevenzione e dei materiali della piattaforma multimediale usata nei progetti, abbiamo condotto 5 focus group, tre a gruppi di studenti che avevano ricevuto l’intervento dei *peer educator* e che erano interessati a svolgere attività analoghe, e 2 ai docenti di scuole che hanno condotto questi interventi.

I focus group sono stati condotti in collaborazione con il servizio di innovazione e ricerca dell’AUSL di Reggio Emilia, e ha previsto il coinvolgimento dei professionisti di AUSL e LILT locale (conduttori: A. Chiarenza, A. Ciannameo, V. Cappi, G. Martucci, osservatori: E. Miani, S. Bosi, R. Versari, S. Alberini).

Risultati dei focus group

Dai *focus group* è emerso una sostanziale convergenza con diversi elementi ipotizzati nel resto del materiale e alcuni elementi che permettono una maggiore comprensione dei mec-

canismi sottesi alla strutturazione di questi interventi.

Alcuni meccanismi emersi:

Gli studenti sembrano percepire la *peer education* come un'opportunità di un cambiamento di ruolo:

- immaginano di avere l'occasione di essere "importanti" per gli altri ragazzi,
- Vedono l'intervento dei pari come un'occasione di fare una didattica diversa da quella tradizionale
- Fanno uso di strumenti informali nella loro organizzazione (chat di whatsapp)
- Percepiscono chiaramente la rilevanza delle tecniche attive, e pianificano di usarle a loro volta in futuro nei loro interventi di *peer education*.

Al tempo stesso,

- reputano che sia possibile che la classe perda facilmente interesse all'intervento dei pari, o lo "squalifichi". Questo stesso elemento viene rilevato anche dagli insegnanti, che però vi attribuiscono un valore molto positivo: il ragazzo infatti si ritrova ad interrogarsi sulla difficoltà di veicolare un messaggio ai suoi coetanei, e questo porta a una crescita di competenze utili.
- Riferiscono situazioni eterogenee rispetto all'appoggio avuto dagli insegnanti; chi può contare su un coordinamento efficace lo sottolinea come un elemento positivo.

"Abbiamo un ruolo da insegnante ma alla fine siccome siamo visti come loro coetanei non veniamo visti come una figura così... quindi è più facile comunicare e insegnare" (FG3,19 studente)

"Noi dovremmo insegnare qualcosa ai ragazzi con cui andremo a parlare, ma secondo me ci arricchiremo anche noi stessi, semplicemente" (FG3,15 studente)

"Alcuni prendono bene, alcune classi la prendevano sul ridere." (FG5,12, studente)

"Qualcuno c'è rimasto male, perché classi turbolente o che trattavano le cose come sciocchezze. Hanno capito le frustrazioni mie (del docente)" (FG1,12, insegnante)

"Ho scelto di fare i peer perché ho avuto peer che ci hanno spiegato, e poi avevo curiosità di capire meglio" (FG4,12, studente)

"l'insegnante responsabile organizza, tiene i gruppi whatsapp, ci aiuta ad organizzare in che classi andare" (FG5,11, studente)

Il punto di vista degli **insegnanti** aggiunge alcuni spunti:

- Concordano nell'idea che la *peer education* sia un'opportunità che su alcuni ragazzi ha un impatto positivo, in primis per le competenze sociali che vengono acquisite
- Segnalano che con ragazzi con risultati scolastici meno brillanti il ruolo di *peer educator* può avere un effetto positivo nel suo complesso
- Ne sottolineano l'impatto positivo in generale sulla socialità
- Riferiscono livelli eterogenei e generalmente percepiti come bassi di appoggio dalle loro istituzioni verso questi progetti
- Lamentano sistematicamente di nodi non funzionanti nella rete organizzativa (Mancanza del referente per la salute a scuola, mancanza di appoggio da parte del collegio docenti...)

“Acquisiscono una modalità di espressione migliore. Loro stessi si sono imposti di migliorare loro stili di vita. I peer quando si ritrovano nel gruppo continuano a comportarsi da peer.” (fg 1, i2, insegnante)

“Ragazzi molto motivati. Gli incontri nelle classi hanno suscitato richieste nuove di fare i peer” (fg 1, i2, insegnante)

“Non è facile, tante attività, difficile coinvolgimento di altri colleghi.” (fg 2, i2, insegnante)

“Il nostro dirigente precedente ci credeva ed era una esperienza molto bella, ora il nuovo dirigente non appoggia così tanto. Sensibilità dei docenti: alcuni indifferenti, altri dichiaratamente contrari” (fg 1, i3, insegnante)

Nello specifico, indicazioni per ottimizzare l'intervento sembrano essere:

- Avere operatori che fanno formazioni chiaramente finalizzate all'intervento in classe
- Comporre gruppi di peer misti maschi e femmine
- L'attribuzione di crediti scolastici (aspetto segnalato dagli studenti stessi)
- Considerare l'aspetto logistico nella selezione del peer (studenti fuori città fanno più fatica a seguire le attività extracurricolari)

Una posizione più complessa viene riservata al merito scolastico. Emergono diverse considerazioni, anche non unanimi: ad esempio, per la maggior parte delle scuole è previsto che i docenti segnalino quali sono gli studenti che loro trovano più adeguati, e che questi decidano poi se partecipare o meno. In questa selezione è presente in modo costante un requisito di merito minimo (gli studenti non devono essere bocciati o rimandati), ma alcuni insegnanti ritengono utile che gli studenti abbiano anche un buon profitto, così che le attività extracurricolari non attirino reazioni negative da parte degli altri docenti. Altri invece segnalano che lo studente “studioso” rischia di essere poco efficace perché percepito poco carismatico, e qualcuno sottolinea di avere avuto buoni risultati con la proposta del ruolo di peer a studenti con più difficoltà in termini di rendimento.

Altrettanto discusso è l'atteggiamento verso gli stili di vita personali del pari: per alcuni docenti è importante che siano un “buon esempio”, ma in generale si sottolinea soprattutto di porre attenzione a una consapevolezza che il proprio comportamento già in sé veicola un messaggio. Tutti invece concordano sulla necessità di scegliere giovani dotati di leadership e riconosciuti dai loro pari, e in particolare sottolineano, tra i vantaggi che hanno riscontrato, in primis l'acquisizione di competenze sociali, ma anche la modificazione dei comportamenti di salute.

“Ragazzi di diversa estrazione in questo progetto riescono a dare il meglio di sé. Per altri resta solo un'esperienza tra le altre. Ottimi risultati in ragazzi che hanno scarso rendimento scolastico” (fg 2, i1, insegnante)

“Ho capito che c'era qualcosa di concreto dietro. I ragazzi sono stati molto motivati. Ho preso fiducia.” (fg 1, i3, insegnante)

“essere un leader tra pari, trascinare, deve essere uno dei requisiti. Non per forza non deve avere comportamenti contrari allo stile di vita ma essere consapevole che il suo comportamento trasferisce un messaggio.” (fg 2, i4 insegnante)

“uno che faccia un po' da esempio da tutti i punti di vista. Difficile prendere uno che fuma a fare attività sul fumo.” (fg 2, i3, insegnante)

Risultati interviste a testimoni privilegiati

A completamento dello studio di casi multiplo sono state condotte otto interviste a testimoni privilegiati coinvolti nei progetti.

Le osservazioni raccolte sono state utilizzate per contribuire alla comprensione dei meccanismi riscontrati nei casi di studio, e hanno aiutato nell'interpretazione complessiva delle progettualità.

È comunque possibile tracciare alcuni temi emergenti che riportiamo di seguito:

TEMA “Luoghi di Prevenzione come Luogo di trasformazione”

Tutti gli intervistati descrivono “Luoghi di Prevenzione” come un luogo di sperimentazione, e attribuiscono almeno parte della sua efficacia alla capacità di creare uno scambio efficace tra portatori di interesse molto diversi, “metticiando” saperi e competenze, anche attraverso una temporanea ridistribuzione degli assetti tradizionali delle gerarchie.

“Luoghi di aggregazione, che permette di apprendere dagli altri, senza mai sentirti in difficoltà...(...) Quasi che fosse un luogo protetto.” (15)

“Laboratorio sperimentale che cerca di dare risposte al grande problema della salute dell'uomo in promozione della salute (...) Le nostre relazioni hanno a che fare con la promozione della salute, ha a che fare con come intervenire su questi fenomeni umani, molto complessi” (11)

“Gli stimoli proposti consentono la liberazione dello spirito di osservazione, della riflessione, della dialettica, della progettazione; è una (...) scuola di architettura del pensiero creativo” (16)

“Il completo rispetto degli altri: nei sanitari l'idea che “so più di te” c'è; invece lì siamo tutti uguali; ognuno è portatore di una ricchezza specifica” (17)

“Non è solo una questione di tecnica, ma di avere fatto proprie delle convinzioni tramite la formazione. Le persone questo lo sentono, che non le stai manipolando, e che senti quello che stai dicendo, ci credi.” (17)

“il contesto così come è arredato, come sono organizzati i laboratori; gli operatori, la relazione con loro, rende tutto facilitato” (18).

“è un laboratorio! Nel senso più tecnico possibile, come quello biologico o chimico. Alambicchi e provette! C'è l'epidemiologo quantitativo, sociologo, dipendenze, alcolismo, educatore con i ragazzi, il medico dello sport, l'infermiere che fa interventi di pds, il MC...” (14)

TEMA “La gestione della rete tra vantaggi e ambiguità”

Tutti riescono ad identificare meccanismi specifici che permettono a “Luoghi di Prevenzione” di creare una rete percepita come efficace da molti punti di vista; tra questi: il sostegno logistico degli enti partner; l'apporto culturale elevato che nutre il gruppo di lavoro; l'uso

di metodiche attive a tutti i livelli, inclusi i decisori; l'atmosfera inusuale e lo spaesamento “positivo” creato attraverso specifici accorgimenti, come lo studio degli spazi per un'interazione più paritaria. Nelle descrizioni però emergono anche potenziali elementi di ambiguità e difficoltà nel processo di governo, come la difficoltà a cambiare assi decisionali consolidati dall'abitudine, oppure la saltuaria confusione a definire i ruoli individuali, come professionisti o come istituzioni.

“La frequentazione di questi luoghi favorisce questo pensiero creativo; l'adattamento ai luoghi delle attività è una prima risposta. (...) entri in un modo ed esci in un altro” (I1)

“Scuola di talenti da un lato, (...) Ha una sua funzionalità iniziale. Ma poi deve crescere...ci vorrebbe una governance” (I6)

“Si dovrebbe cercare di avere più spesso momenti di confronto con le direzioni delle due istituzioni, e con anche la Regione, dei confronti scadenziati; una volta l'anno, ogni sei mesi... (I7)

“Io ho l'impressione che questo tipo di interazione “anarchica” e un po' senza una conduzione più “dura” come può essere in un ambiente più sanitario ad esempio, crea dei processi virtuosi, che tende a replicarsi un po' da sola, ha un effetto un po' a cascata che non è molto misurabile...” (I4)

TEMA “Valutazione e crescita”

Nelle interviste emerge costantemente il riferimento ai multipli sforzi di valutazione presenti nelle progettualità del centro e ai loro risultati. La valutazione quantitativa e ad alto livello di *evidence* come gli studi RCT vengono visti come esercizi faticosi ma necessari per misurare il reale impatto delle metodologie e per migliorare costantemente la propria prestazione, ma sono le azioni di monitoraggio e di valutazione, intesa come processo riflessivo del professionista e dell'istituzione, che vengono narrati come più efficaci e auspicabili, vero “segreto” di Luoghi di Prevenzione. La presenza di richieste periodiche di reportistica strutturata e gli incontri di gruppo di progetto per riflettere sugli obiettivi mancati e raggiunti in un clima di non giudizio, portano alla crescita personale e professionale di tutti gli attori coinvolti.

“Dare un metodo di governo a un pensiero che altrimenti potrebbe essere creativo ma tumultuoso, in qualche modo anche disordinato, che è anche positivo, ma serve un ordine per dare risultati, e anche misurare.” (I6)

“È possibile fare valutazione in contesti di sanità pubblica, non solo università!” (I4)

“Partire dalla valutazione! È dentro il modello LdP. Ognuno, con l'esperienza lavorativa sua e del suo gruppo che hai come patrimonio; dici: abbiamo fatto questo, cosa facciamo? Facciamo una relazione finale, vediamo cosa è andato bene? Dovevi coinvolgere 3 scuole, ma ne dovevi coinvolgere 5... cosa è successo? Nell'implementazione capiamo cosa è stata la criticità; la valutazione è fondamentale per superare le criticità.” (I5)

Discussione: teorie emerse dal lavoro valutativo

Sulla base di quanto analizzato, del confronto tra casi e con quanto rilevato in letteratura, e dalle interviste fatte, abbiamo elaborato alcuni meccanismi riscontrabili nel funzionamento di “Luoghi di Prevenzione” che si configurano come “teorie di medio raggio”, ovvero vanno a completare la nostra teorizzazione iniziale, quanto cioè era già noto sul suo funzionamento. La nostra teorizzazione finale, esposta di seguito, è raggruppata in tre apporti teorici che approfondiscono gli aspetti relativi a meccanismi incentrati sulla *gestione 1) del tempo, 2) dello spazio, 3) della rete e dell'inter-istituzionalità* nei progetti.

1. “Cronos e Kairòs”

Il tempo dei progetti e il tempo delle opportunità

La progettazione facilitata da “Luoghi di Prevenzione” ha sia elementi estremamente mutevoli che aspetti piuttosto strutturati e “routinari”. In particolare, è presente un costante rinnovamento di fronti progettuali, una riprogettazione “in uscita” che riguarda l’adattamento delle linee guida alle realtà locali, e una costante rilettura “in ingresso”, ovvero lo sforzo di integrare evidenze scientifiche che almeno in parte continuano ad aggiornarsi.

Al tempo stesso però la sua azione “corre” su modalità che rimangono relativamente stabili nel tempo; in particolare, la collaborazione interistituzionale; la modalità di finanziamento misto per progetti e per programmi; gli operatori con funzione dedicata che si muovono con ruolo di rete e non di gerarchia; uno storico di relazioni consolidate tra enti che pone una “traccia” di usi, di modalità di collaborazione su cui possono inserirsi altri enti.

Tutto questo crea una specifica condizione per cui a più livelli, di individuo, gruppo, comunità, istituzione si crea un rinnovamento delle proposte, che, essendo costante, diventa paradossalmente una proposta “stabile”.

Usiamo quindi l’immagine mutuata dalla cultura classica del confronto tra “Cronos”, il tempo cronologico delle scadenze, come quelle delle progettualità che vanno aperte, chiuse, rendicontate con date precise; e “Kairòs”, ovvero il tempo per cogliere un’opportunità, il tempo soggettivo del momento “maturo” per passare all’azione.

L’utente, il professionista o l’istituzione “incrocia” ciclicamente una costante proposta di adesione a pratiche di promozione della salute; mentre la progettualità, l’operatore, il contesto della proposta cambia (una volta potrebbe essere una progettazione sulla riduzione del consumo di alcol nelle donne in gravidanza, un’altra volta potrebbe essere il contrasto dell’abitudine tabagica tra i professionisti ospedalieri). Intanto le modalità (screening comportamentale, primo intervento, invio a percorso strutturato), l’approccio comunicativo (l’uso del colloquio motivazionale), gli elementi teorici alla base dell’intervento (MTT, approccio

fenomenologico e biopsicosociale, approccio alla complessità che accetta l'adozione e il contaminarsi di molteplici paradigmi teorici di "medio raggio"), e l'architettura progettuale (approccio di comunità con costruzione pluriassiale, sanità-sociale-scolastica, ad esempio) restano costanti nel tempo.

In questo modo, l'operatore che ha già familiarità col modello si riorienta rapidamente nelle nuove proposte progettuali; i tempi necessari perché un progetto venga realmente incorporato nelle istituzioni si accorciano; e al tempo stesso, ogni attore può di volta in volta valutare un livello di adesione maggiore o minore a seconda del suo stadio di motivazione verso la progettazione.

Prendiamo ad esempio un MMG, figura che si trova tradizionalmente ad avere difficoltà ad implementare nuovi interventi che richiedano un tempo formativo o di realizzazione elevato, in quanto libero professionista con un grande numero di responsabilità e compiti. Magari non ha trovato le condizioni o la motivazione per approfondire determinati temi di promozione della salute, ad esempio in un primo progetto di promozione della salute nei setting di screening oncologico; potrebbe invece decidere di approfondire il tema in un altro progetto successivo, dedicato a proposte di percorsi per le gravide fumatrici.

Così anche dal punto di vista del cittadino: la stessa utente potrebbe ricevere infatti proposte relative agli stili di vita salutari sul luogo di lavoro, durante i consueti controlli di salute, nei luoghi dell'istruzione, ad esempio dei figli, e negli spazi della comunità che frequenta (vedi figura).



“È stata un’occasione di cambiamento rispetto all’approccio sugli stili di vita (...) Ero abituata ad un approccio frontale, e ho imparato tecniche interattive che mi hanno permesso di avere un maggiore interessamento dei miei interlocutori, una maggiore attivazione emotiva... e quindi un impatto sulle convinzioni” (I8)

era fondamentale calibrare sul target che avevi davanti quello che dovevi proporre, e era necessario nel percorso formativo al target con cui si stava lavorando. I pacchetti formativi vanno bene in teoria... si va dalla A alla Z in teoria, ma nella pratica devi concordare con gli interlocutori e modificarlo in corso d’opera. (I7)

“La gestione dei processi, che è molto “sartoriale”. I processi hanno bisogno di essere vestiti in modo più aderente possibile alle aspettative degli interlocutori.” (I6)

2. “Una casa è più di quattro mura”

2.1. La “localizzazione della interistituzionalità”

A “Luoghi di Prevenzione” avviene un fenomeno che ne garantisce l’agilità, intesa come capacità di realizzare progetti che altrimenti di fatto non avverrebbero, o avverrebbero molto meno. In questo senso, si potrebbe parlare di un ruolo di “catalizzatore”.

Questo fenomeno è la collaborazione tra enti che si ritengono “tra pari”, ma che alternativamente assumono ruoli di leadership a seconda del settore o del problema specifico che si presenta, per portare un risultato che dà beneficio all’intera rete di istituzioni.

Ad esempio, diversi enti (LILT, AUSL, Scuole) che collaborano alla rete di “Luoghi di Prevenzione” concorrono per determinati bandi o fondi, con una estesa rete pronta a collaborare al progetto;

Le UUOO sanno che, se intercettano un bando sulle tematiche di “Luoghi di Prevenzione”, la rete potrebbe essere disponibile al lavoro integrato;

Inoltre, sanno che nuovi progetti daranno linfa vitale a iniziative di prevenzione in essere, estendendoli a nuovi setting o integrandoli con nuove prospettive.

Questo comporta che in eventuali nuovi progetti serva un tempo relativamente ridotto per reclutare le UUOO interessate, perché le UUOO hanno già dimestichezza con temi, valori, metodi di “Luoghi di Prevenzione”. Meccanismi come quelli appena descritti permettono la raccolta di fondi sufficienti a dare continuità ad azioni di promozione della salute innovative, altrimenti, di solito, poco finanziate.

Luoghi di Prevenzione non è quindi solo un “luogo fisico” per i progettisti ma è anche in qualche modo un “metaprogetto”, una “casa” per la progettazione comune.

Anche i singoli operatori che partecipano ad un progetto di “Luoghi di Prevenzione” sanno che non costruiranno “dal nulla” la loro formazione;

I progetti raggiungono un livello di ridondanza sufficiente a rendere le nozioni di base di promozione della salute un tema consueto per chi ha a che fare, a vario titolo, con il centro; questo risultato non va dato per scontato perché la “promozione della salute” non è in sé un tema che appartiene ad una sola istituzione; per un unico attore, d’altronde, sarebbe difficile mantenere l’attenzione su di esso. Citiamo ad esempio come, grazie ai diversi progetti che

si sono susseguiti, si sono create consuetudini come quella per cui l'università si abitua ad avere lezioni su come funziona la motivazione alla disassuefazione da tabacco, o a trattare approfondimenti sul lavoro in setting comunitari come scuola o luoghi di lavoro, da parte di operatori che lavorano su queste tematiche nel terzo settore (come la LILT), in una reale collaborazione interistituzionale.

2.2. Ambienti costruiti che “costruiscono” le relazioni

Questa efficacia nel creare relazioni efficace viene facilitata da diversi meccanismi; in particolare ci soffermiamo sull'impatto di avere una sede dedicata a questo lavoro sperimentale e interistituzionale. Ad esempio, la formazione dei peer e i percorsi laboratoriali sono citati tra i “mediatori” (che dal punto di vista della *realist evaluation* definiamo più propriamente “meccanismi”) che garantiscono l'efficacia dei percorsi di disincentivo al consumo di tabacco nei giovani (Carreras et al. 2016), ed entrambi hanno sede negli ambienti del centro stesso, studiati per permettere agli operatori dedicati di facilitare la riflessione degli studenti tramite metodologie attive. Non sono infatti presenti banchi né sedie “fissate” al suolo come nei luoghi dell'apprendimento istituzionale, ma sono presenti spazi laboratoriali che permettono di “immergersi” nel tema trattato in modo interattivo, e il centro è collocato in un edificio dall'architettura non industriale né di stampo sanitario ma più simile ad una grande abitazione (comprensivo di una cucina didattica e di un pianoforte, al centro di un grande parco).

La sola architettura non è forse sufficiente a dettare le modalità di relazione, ma un'architettura che, come in questo caso, *consegue* ad un pensiero progettuale specifico può dare un importante contributo.

Come descritto dal prof. C. Chiamulera in una delle pubblicazioni scientifiche legate a “Luoghi di Prevenzione” (Chiamulera et al. 2017), l'architettura degli spazi costruiti può contribuire a creare un “*motivational safer environment*”, un ambiente che facilita la motivazione al cambiamento dei nostri comportamenti, e, nel caso di “Luoghi di Prevenzione”, a creare interazioni fruttuose e spazio al pensiero laterale per nutrire una progettazione di qualità.

Ha una parte fissa per tutti, la struttura, ma ha una parte mobile che sono le persone e gli argomenti. È un luogo aperto, con stanze subentranti, etc. Ma si fa anche influenzare da coloro che si frequentano. Un po' come un castello magico, dove chi entra, entra con il suo problema ed è libero di svilupparlo...”
(16)

2.3. Oneri ed onori del muoversi in rete

Sicuramente questa costruzione di uno spazio comune per progettazione e ideazione, in qualche misura “co-costruito”, ha anche degli svantaggi e dei costi: alcuni meccanismi “inat-tesi” generano anche effetti negativi tra quelli riscontrati nei materiali raccolti.

In particolare riportiamo due esempi:

- da un lato il “successo” e la visibilità istituzionale di “Luoghi di Prevenzione” permette di portare avanti le progettualità con una accettazione maggiore da parte di molti contesti, legata alla storia pregressa; dall'altro però il centro è nato come luogo di pensiero e sperimentazione, e non per l'implementazione e il monitoraggio di lungo corso; il “successo”

dei progetti e il loro strutturarsi in programmi stabili tende ad attrarre responsabilità e “pesi” istituzionali, ma contemporaneamente incarichi troppo ampi e prolungati rischiano di distrarre dalla produzione di contenuti innovativi di qualità.

- Enti come la LILT hanno diversi vantaggi dalla collaborazione stabile con il Pubblico, ad esempio in termini di visibilità e di accesso a maggiori progettualità. D'altra parte, le altre istituzioni hanno ugualmente vantaggi importanti come la maggiore flessibilità contrattuale e organizzativa che caratterizza il privato sociale, e che permette di muoversi più agevolmente, grazie a processi decisionali più agili di quelli propri delle realtà di grandi dimensioni e forte burocratizzazione come le AUSL.

L'altro lato della medaglia però è che l'ente privato può facilmente trovarsi a temporaneamente “bruciare” risorse nell'attesa dell'allineamento delle intenzioni delle istituzioni coinvolte con la loro stessa burocrazia.

Ad esempio, non è infrequente che, nell'attesa dell'arrivo di un finanziamento per un progetto specifico, la LILT si sia trovata a finanziare personale o momenti formativi per non perdere i momenti adeguati all'interno dei progetti, anche al di là di quanto previsto, a causa di rallentamenti burocratici (sempre mantenendo quindi l'ottica del “momento opportuno” accanto a quella del tempo formale delle istituzioni, come dettagliato nella prima teoria presentata).

In sintesi, il muoversi come rete permette di risolvere problemi altrimenti non risolvibili, ma al tempo stesso pone alla singola istituzione difficoltà maggiori di quelle che affronterebbe da sola (ad esempio, la Lega ha accesso a finanziamenti maggiori, ma ha anche la difficoltà di dover avere competenze amministrative al suo interno per collaborare con AUSL, altre LILT, enti di ricerca, cosa che una Lega “media” non avrebbe).

2.4. “1+1= 3”: la “pietra filosofale” dell'accordo tra enti istituzionalizzato nella pianificazione

Concludiamo sottolineando alcuni meccanismi che caratterizzano l'innescarsi di sinergie nella facilitazione di “Luoghi di Prevenzione”, mediante la creazione di dinamiche “win-win”; Questi meccanismi si basano sul prevedere obiettivi comuni e condivisi esplicitamente nella documentazione di pianificazione di enti diversi che collaborano tra loro.

Quando in due istituzioni differenti ci sono documenti di policy e documenti attuativi che hanno gli stessi obiettivi e arrivano a definire veri e propri indicatori comuni, la loro collaborazione è a quel punto a livello di programma e di processo, e non più una semplice intersezione di progetti legata a un momentaneo interesse comune.

Ad esempio, se consideriamo un progetto di pertinenza regionale o dell'AUSL che coinvolge Luoghi di Prevenzione, esso tra i suoi obiettivi può prevedere di collaborare con le LILT, e di conseguenza mantiene la formazione aperta anche agli operatori LILT, assieme a quelli AUSL (vedere a riguardo il progetto CCM 2015). Contemporaneamente, quando il progetto è di pertinenza LILT, come il 5x1000 stili di vita, potrebbe prevedere esplicitamente di coinvolgere e formare un certo numero di operatori dell'Azienda Sanitaria.

O ancora, alcune azioni che fanno parte degli obiettivi annuali della LILT di Reggio Emilia con le scuole, come la realizzazione di percorsi, sono concordati con l'AUSL e la Regione in modo che siano coordinati con esse e alle scuole giunga una proposta univoca e uniforme da parte dei diversi enti, non in contrapposizione ma coordinata.

Tale meccanismo riscontrabile in più punti della progettazione di “Luoghi di Prevenzione” non è solo “teoricamente” esportabile, ma è stato concretamente “esportato” anche in altri setting, come ad esempio in “Luoghi di Prevenzione” Molise, progetto “spin-off”, che ha portato a consolidare modalità di collaborazione in parte analoghe a quelle della LILT di Reggio Emilia tra la Lega di Campobasso e il loro ente regionale.

“La Regione ci ha introdotto nel piano della prevenzione (...) perché abbiamo contribuito al raggiungimento di un setting; è quindi uno strumento del Piano Regionale” (Ix)

“Reperimento delle risorse impegnativo; questo crea difficoltà; progetti ministeriali (...) comportano degli anticipi a volte importanti” (I1)

3. “Quis custodiet custodes?”

Il problema del governo dei metaprocessi e la partecipazione come (parziale) risposta

Tra i meccanismi riportati come talvolta problematici, alcuni sono legati proprio all’identità flessibile di “Luoghi di Prevenzione”.

Ad esempio, la posizione interistituzionale del progetto crea dei problemi relativi ai confini istituzionali; e inoltre, il metaprocesso di facilitare processi è in sé di difficile organizzazione e inquadramento.

Chi gestisce la linea di controllo del metaprocesso? O in altre parole, chi stabilisce e in quali limiti l’appropriatezza e il livello accettabile di prestazione di “Luoghi di Prevenzione” nel suo complesso?

Perché su un singolo aspetto (come possono essere il numero di studenti delle superiori coinvolti in processi formativi) è possibile in modo chiaro stabilire quali sono i risultati attesi e da quale ente; ma non è la stessa cosa per processi più qualitativi e, per l’appunto, prettamente interistituzionali.

Quindi da una parte alcuni processi traggono un forte giovamento dall’intersezione dei diversi enti, perché per esempio due istituzioni possono alimentare due indicatori paralleli con la stessa azione concreta (un gruppo per la disassuefazione da tabacco fatto in collaborazione tra AUSL e LILT locale sarà giustamente conteggiabile sia nel rendiconto dell’azienda sanitaria che nel bilancio sociale della LILT).

Altri aspetti che però sono “di nessuno” da un lato pesano sull’istituzione che in ultima analisi se ne sobbarcherà il carico (ad esempio, chi convoca la riunione di un gruppo di lavoro interistituzionale?) dall’altro creano una dinamica che in qualche modo tende a stabilizzarsi nel tempo e a stabilire un asse di potere o di influenza (colui che convoca il gruppo di lavoro interistituzionale, è poi l’istituzione che ha “diritto” di decidere per gli altri?).

Negli interventi di salute pubblica non esistono modelli perfetti: esistono semplicemente modelli più o meno efficaci in determinati contesti. Tutti i modelli all’atto dell’applicazione richiedono ovviamente un prezzo da pagare; in questo caso il prezzo riscontrato è la necessità del mantenimento di un delicato equilibrio, in cui diverse istituzioni devono coordinarsi con una elevata efficienza, di solito più propria dei processi gerarchizzati, attraverso invece un meccanismo di controllo tra pari in una sorta di “omeostasi”.

Questo aspetto parzialmente non risolto è forse non completamente risolvibile in questo modello: richiede quindi una riflessione attenta sia in fase di progettazione che di periodico monitoraggio di progetti analoghi.

In concreto, progetti e interviste hanno evidenziato questi potenziali meccanismi “di interferenza”:

Nel contesto della collaborazione tra azienda pubblica e privata, una sede e uno staff dedicato alla collaborazione interistituzionale presenta numerosi vantaggi; al tempo stesso però il ruolo di coordinamento avrà alcune ambiguità di difficile risoluzione, su più livelli, tra cui ad esempio:

- La creazione e la cura dell'ambiente comune
- La convocazione dei momenti di confronto
- La decisione dei ruoli, anche a parità di responsabilità
- La regolazione dell'ingresso nel gruppo

La soluzione proposta in questo caso è di accettare che i processi vengano di volta in volta negoziati attraverso la partecipazione, e quindi accettare un procedere a tratti irregolare con i suoi spazi di ambiguità e di confronto necessario.

Tutti questi elementi vengono negoziati ripetutamente, richiedendo energie e dedizione. Lo stesso dedicare energie e dedizione è verosimilmente una parte del meccanismo di selezione degli attori.

Questa necessità di presidiare in presenza un ruolo che si ottiene mostrando di essere motivati, più che per “mandato” istituzionale, rappresenta una sorta di “altro lato” della medaglia dell'approccio motivazionale e in qualche modo il costo per l'accesso a un setting che permette esperienze di forte impatto.

“Poi anche la componente di valutazione quantitativa del gruppo; il gruppo è più “anarchico”... mettere questa parte, e far capire che non è “dare un voto”, ma valorizzare, rendere fruibile e mettere in termini comprensibili per tutti, quanto fatto.” (I4)

“In un ambiente di libertà, ha creato un ambiente di interazione libera tra interlocutori ha permesso di fare un percorso alternativo, non cognitivo, (...) gli esperti più strutturati si sono trovati “spersi”, e questa “anarchia” ha favorito da una parte un discorso più interessante” (I4)

“(a volte si corre il rischio di diventare) una rete autoreferente, cioè complice più che cooperativa; non distribuzione di potere ma sussidiarietà, cioè ti aiuto perché confermi la mia centralità.” (I6).

Quali indicazioni emergono dalla valutazione?

Suggerimenti per il lavoro di “Luoghi di Prevenzione”

basato sulla comparazione di casi di studio valutativi multipli con metodologia realista:

Elenchiamo alcune premesse, per collocare le indicazioni successive.

- Una parte importante del lavoro di “Luoghi di Prevenzione” è la capacità di costruire una rete di relazioni tra istituzioni di diversa natura accumulate da un obiettivo comune, fino a creare un rapporto di fiducia e familiarità di metodologie di lavoro.
- L'incrocio delle diverse istituzioni è alla base dell'efficacia del lavoro di “Luoghi di Prevenzione”: ad esempio il lavoro sul campo in ambito scolastico delle LILT “nutre” la produzione di modelli che vengono diffusi grazie alla collaborazione con le AUSL e testati grazie alla collaborazione con Università e istituti di ricerca.
- “Luoghi di Prevenzione” ha una forte caratterizzazione in senso di luogo di sperimentazione di innovazione.

E in particolare, rispetto al lavoro di ricerca:

- “scuole libere dal fumo” è un intervento di rara e notevole efficacia;
- la sua modellizzazione molto chiara ha permesso di esaminare i mediatori (che nel nostro caso identifichiamo come i “meccanismi”) che hanno portato ad avere il maggior impatto sui ragazzi; nello specifico, i percorsi *in loco* di “Luoghi di Prevenzione” e la *peer education*.
- È presente un grande bisogno di interventi efficaci in questa direzione, in molti ambiti di promozione della salute; e la promozione della salute risente dell'impatto dei contesti e delle culture in cui viene implementata, quindi avere modelli italiani è molto rilevante.
- Il lavoro di “Luoghi di Prevenzione” è basato su un modello multiparadigma, a livello concettuale, che permette di comporre in modo modulare elementi di diversa derivazione metodologica a seconda degli obiettivi specifici su cui lavora.
- “Luoghi di Prevenzione”, rispetto ad altri progetti simili, ha continuato a sperimentare strategie di implementazione, rilevando ad esempio che:
 - la semplificazione del modello ad un intervento dei soli insegnanti, dopo un training e con la modifica delle policy scolastiche, in un framework di interventi integrati su più comportamenti, sembra perdere l'efficacia riscontrata con lo stesso intervento più concentrato sul solo fumo con più componenti (trial “liberi dal fumo” vs trial “paesaggi di prevenzione”);
 - reti miste LILT-AUSL e collaborazione con autorità regionali e ministeriali possono, con alcune premesse (sostegno logistico; sostegno amministrativo con modelli di collabo-

razione chiari) portare all’implementazione di progetti di promozione della salute multitarget, adattati secondo le caratteristiche del contesto locale in modo efficace, come provato in molteplici casi (cfr. i diversi contesti di implementazione del “CCM2015”);

possiamo quindi suggerire di prendere in considerazione le seguenti suggestioni:

1. arricchire la modellizzazione degli interventi su alimentazione e incremento dell’attività fisica nelle scuole, e valutarli in singoli studi con versioni più potenti degli stessi interventi.

A questo scopo, in particolare suggeriamo di:

- dare la priorità allo sviluppo di quelle componenti che nell’intervento “scuole libere dal fumo” potrebbero avere dato maggior contributo, quindi *peer education* e percorsi laboratoriali;
- Valutare se aggiungere la metodologia del gioco di ruolo; essa non è stata indagata nello specifico da “scuole libere dal fumo”, ma è una metodologia adeguata a lavorare sulle “refusal skills”, ed è parte delle competenze coltivate a “Luoghi di Prevenzione”, sia negli interventi nelle scuole che negli interventi formativi per i professionisti sanitari.

L’intervento verosimilmente potrebbe essere ancora sviluppato secondo i modelli concettuali consolidati da “Luoghi di Prevenzione” (MTT, intervento multicomponente incentrato sullo sviluppo di life skills), perché è un modello modulare multiparadigma quindi è particolarmente adatto allo studio di combinazioni metodologiche efficaci, e alla loro sperimentazione e selezione su base di efficacia empirica. Il macro-modello di riferimento dovrebbe restare quello della ricerca-azione, dove diverse strategie vengono tentate in un’ottica di problem-solving, e vengono man mano modificate, implementate o scartate a seconda del riscontro, in cicli successivi; RCT e studi di forte valenza in termini di evidenza scientifica dovrebbero alimentare quindi il progetto, che deve restare però governato a livello di processo da un’ottica basata sulla teoria.

In sintesi, quindi, è verosimilmente vantaggioso pensare di condurre esperienze pilota e successivamente trial su versioni più ricche degli attuali interventi su alcol, alimentazione e attività fisica, così da permetterne lo studio anche in termini di mediatori.

Inoltre, in queste esperienze andrebbe privilegiata una costruzione che parta da quanto appreso in “Liberi dal fumo”, quindi esplorare il ruolo di laboratori e *peer education*.

Questo potrebbe portare a sviluppare anche un successivo intervento integrato su più stili di vita (come quello di paesaggi) di maggiore efficacia.

2. Ripotenziare l’intervento sul fumo in accordo con quanto trovato nell’analisi mediatori e sostanzialmente confermato dallo studio su “paesaggi di prevenzione” (dove al de-potenziamento dei mediatori è corrisposta una riduzione dell’effetto).

3. Investire sui risultati ottenuti in ambito di cure primarie, in cui le metodologie di “Luoghi di Prevenzione” hanno provato la loro efficacia in diversi ambiti e setting: in particolare i risultati notevoli ottenuti in ambito pediatrico potrebbero meritare approfondimenti e diffusione (cfr l’alta adesione riportata negli studi, sia dei professionisti che delle famiglie, i risultati a un anno in Davoli et al. 2013).

Si potrebbero a questo scopo ipotizzare alcuni meccanismi migliorativi, in particolare con

uno o più dei seguenti interventi (Broccoli et al. 2016):

- prolungare l'intervento;
- aggiungere una visita del dietista;

4. **Considerare se incorporare un modello internazionale di curriculum formativo, come quello COMPhP** (vedi appendice 1), **come riferimento formale**, in quanto ampiamente compatibile con quanto già presente nei contenuti e nella metodologia di Luoghi di Prevenzione.

Questa indicazione tiene conto dell'estensione del modello di "Luoghi di Prevenzione", le sue molteplici applicazioni e la sua storia, e del fatto che la metodologia del centro si è confrontata anche con realtà internazionali e ha rilevanza formativa nazionale.

Suggerzioni per i decisori

Elenchiamo ora sette suggestioni emerse dal nostro lavoro indirizzate ai decisori.

1. È possibile affermare che un modello di implementazione di interventi di promozione della salute basato sulla realizzazione di un centro dedicato è una scelta possibile, con diverse esperienze precedenti e con diversi vantaggi.
2. Sono possibili diversi modelli; il modello realizzato da "Luoghi di Prevenzione" ha provato la sua efficacia in molti ambiti, e ha elementi che possono essere ragionevolmente trasferiti con successo anche in altri contesti.
3. Il modello ha portato all'elaborazione di interventi con alti livelli di prove di efficacia in un contesto italiano, che è possibile trasferire direttamente in altri contesti analoghi verosimilmente senza perdite significative di efficacia: in particolare, ricordiamo **gli interventi immediatamente esportabili** in ambito pediatrico e quello in ambito scolastico sul fumo.
4. Cosa forse ancora più importante, il modello di "Luoghi di Prevenzione" permette una creazione di **relazioni win-win tra diversi portatori di interesse**.

In particolare, descriviamo questa relazione win-win in termini ad esempio di stake-holder che ottengono il risultato di:

- Mantenere l'attenzione e i finanziamenti sui temi di promozione della salute in modo almeno parzialmente indipendente dall'andamento ciclico di una singola istituzione, grazie ad esempio all'alternanza di finanziamenti tra privati (LILT locale) e pubblico, locale (AUSL di Reggio) e nazionale (progetti ministeriali);
- Creare un gruppo di lavoro trans-progettuale che accumula conoscenze, competenze e networking sulle progettualità caratterizzanti "Luoghi di Prevenzione", non solo sul singolo filone progettuale (ovvero: il gruppo di coordinamento ha competenze crescenti in promozione della salute che giovano ai progetti CCM, ma non le ha costruite soltanto attraverso o durante i CCM, ma anche durante i 5x1000 e l'implementazione dei piani della prevenzione; così anche gli staff locali delle UUOO)

Tra i meccanismi che possono probabilmente adiuvarare questo processo win-win e che sono verosimilmente esportabili, citiamo:

- il sostegno logistico agli enti partner; ad esempio, pagare le trasferte legate ai progetti, slegando così i progetti dai singoli meccanismi di rimborso delle diverse istituzioni, permette ai partner di essere coinvolti in modo più agile, e conseguentemente grazie ad una maggiore rappresentatività e interistituzionalità di ottenere più fondi progettuali (win-win tra ente promotore e gli altri enti).

5. Sottolineiamo inoltre che la **localizzazione dell'interistituzionalità**, descritta più in dettaglio tra le teorie presentate in discussione, porta alcuni sicuri vantaggi: tra questi,
- il potenziale per la produzione di un maggiore know-how nei formatori
 - la formazione tramite il confronto tra saperi situati, in una (anche solo parziale o temporanea) comunità di pratiche
- ma richiede però alcune attenzioni, per la costruzione di un clima non giudicante, che favorisca il confronto di esperienze, attraverso:
- una cultura valutativa multipla, dove accanto alla tradizionale valutazione periodica dei risultati necessaria per il corretto funzionamento della cosa pubblica sia presente una valutazione "formativa" con un chiaro ruolo ricorsivo, iterativo e non in sé strettamente legato a dinamiche di esclusione/inclusione;
 - un atteggiamento che permetta all'unità operativa stessa di sentirsi incoraggiata a un atteggiamento riflessivo rigoroso ma non squalificata sulla base dei risultati di questo processo.
6. Il caso di "Luoghi di Prevenzione" sembra deporre a favore di un modello in cui la "localizzazione" dell'interistituzionalità è rinforzata grazie alla proposta di una **teoria del cambiamento molto chiara e comune ai diversi interventi**; questo è possibile però se viene consolidata la credibilità e affidabilità del framework metodologico comune tramite:
- validazioni a più livelli e da parte di più istituzioni, in primis quelle scientifiche, con studi di alta qualità;
 - collaborazioni che permettano una supervisione e un "nutrimento" metodologico di qualità (come società scientifiche, università e IRCCS).
 - mantenimento del focus complessivo (come ad esempio nella presentazione del centro, nella sua descrizione in sedi pubbliche, etc) sul ruolo di processo e non sul singolo "tassello" del momento; ovvero, premiare e descrivere progetti in cui si valorizzi la costruzione della mappa e della rete come parte rilevante dei risultati (anche in considerazione del fatto che è poi la parte che assorbe la maggior parte delle risorse!) e non solo gli *outcome* sulla popolazione immediati, che possono inevitabilmente solo *sequire* la costruzione della rete e il suo corretto mantenimento.
 - Questo aspetto è ovviamente meno premiato in sede di studi scientifici di stampo sanitario, mentre è più descritto e rilevato in ambito di sociologia e antropologia (altro elemento quindi che depone a favore della interprofessionalità di una istituzione in promozione della salute).
7. Tra i vantaggi che la "**localizzazione**" dell'interistituzionalità può portare, alla luce dell'esperienza di Luoghi di prevenzione, ricordiamo inoltre lo strutturarsi in programma di progetti attraverso i processi; ovvero, il consolidarsi sul medio-lungo termine di dinamiche sperimentali o legate all'eccezionalità di un ente o di un gruppo di lavoro, attraverso la diffusione di buone pratiche in una rete di operatori e decisori sensibili e sensibilizzati nel tempo.

APPENDICE 1: promozione della salute e contesto italiano e internazionale

Contesto italiano

È possibile riscontrare ancora un importante divario tra quanto auspicato a livello di documenti di policy nazionali (Piani Nazionali e Regionali della prevenzione e della cronicità) e internazionali (“agenda 2030” e “Health 2020” delle Nazioni Unite) e la presente situazione italiana in promozione della salute.

Alcuni dati in questo senso sono presenti nelle due principali indagini che tradizionalmente misurano esiti e processi di promozione della salute nella popolazione italiana, “PASSI” ed “ESPAD”. Entrambe le rilevazioni sono effettuate periodicamente, permettendo quindi anche una comprensione del fenomeno nel tempo.

La rilevazione PASSI dell’istituto superiore di sanità 2016-2019 rispetto agli stili di vita rilevano che *“complessivamente il 40% degli adulti intervistati presenta almeno 3 dei fattori di rischio cardiovascolare indagati (ipertensione, ipercolesterolemia, sedentarietà, fumo, eccesso ponderale, scarso consumo di frutta e verdura) e meno del 3% risultano del tutto liberi dall’esposizione al rischio cardiovascolare noto”* e per quanto riguarda la prevenzione secondaria vengono riportati dati positivi rispetto a screening mammografico (eseguito dal 75% delle donne tra i 50 e 69 anni) e screening cervicale (A cui si sottopone l’ 80% delle donne tra i 25 e i 64 anni), mentre restano più bassi i dati della copertura riguardante lo screening colorettales, eseguito dal solo 48% degli intervistati tra 50 e 69 anni (Istituto Superiore di Sanità 2019).

Aggiungiamo a questi i dati dell’indagine ESPAD (European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction 2016) sull’uso di sostanze, incluso alcol e tabacco, su studenti tra i 15 e 19 anni. L’indagine del 2015, la sesta, condotta in 35 paesi, tra cui 24 membri dell’unione europea, mostra segni di diminuzione sul consumo di fumo di tabacco e alcol, pur rilevando segnali preoccupanti su nuovi comportamenti di dipendenza senza sostanza (gambling, gaming e internet) e consumi stabili ad alti livelli di sostanze illegali (dopo il precedente aumento di consumi rilevato dalle indagini 1995-2003). Per quanto riguarda la situazione italiana, però, tali tendenze sono solo parzialmente confermate: mentre il nostro “punto di partenza” nelle prime rilevazioni era in una posizione relativamente buona rispetto alla situazione europea, gli ultimi vent’anni non hanno contribuito a un cambio delle abitudini dei cittadini energico come negli altri paesi, con una sostanziale stabilità dei consumi, in contrasto con i cambiamenti importanti rilevati all’estero, portandoci a collocarci in modo più negativo su diversi comportamenti. Ad esempio, rispetto al numero di studenti che fumano almeno una sigaretta al giorno siamo collocati al terzo posto sui 35 paesi, superati solo da Bulgaria e Croazia.

È importante quindi un impegno nella promozione della salute su molti fronti, incluso quello della ricerca, che però in questo settore presenta alcune difficoltà specifiche, tra cui la forte intersettorialità (diverse istituzioni che devono collaborare per permettere risultati reali in

promozione della salute) e della partecipazione (utenti e professionisti devono essere coinvolti nelle diverse fasi per portare a risultati condivisi).

Letteratura internazionale a confronto

Formare in promozione della salute

Formare alla promozione della salute vuol dire formare a competenze complesse che vanno oltre le semplici conoscenze, come è ad esempio riscontrabile negli standard formativi individuati in modo esteso e accurato dal progetto europeo COMPhP (Barry, Battel-Kirk, e Dempsey 2012), ma confermati anche in altri curricula formativi contemporanei come i CAN-MEDS (Frank 2005). La moderna *medical education* richiede una progettazione formativa che permetta strumenti e valutazione allineati con gli obiettivi (Guilbert 2002), e quindi un ambiente formativo che permetta di mettere in pratica e verificare anche le competenze gestuali e relazionali oltre che le conoscenze (pg 81, Zannini 2015), e idealmente, dove possibile, anche all'interno di una vera comunità di pratiche (Lave e Wenger 2006).

Esperienze di centri di promozione della salute in altri paesi

La costruzione di “centri di promozione della salute” rientra in interventi supportati da evidenze scientifiche, pur con i limiti propri delle evidenze in organizzazione dei servizi, e fa parte della progettazione di molti paesi. Ad esempio, in alcune esperienze orientali i centri di promozione della salute sono parte della normale elargizione della offerta di salute del sistema sanitario, con in particolare un modello coreano di progettazione incentrato sui 5 principi di intervento suggeriti dalla carta di Ottawa come esplicite linee progettuali (Lee et al. 2009); in altre esperienze come in Danimarca (Jørgensen et al. 2016) e in Svezia (Hovhannisyann et al. 2019) possono essere legato maggiormente a progetti di ricerca e accademici. Non è presente un modello unico di implementazione e di valutazione di questi centri, che per loro natura devono integrarsi con il relativo territorio; tra i diversi possibili citiamo ad quello inglese che intende questi centri come “*community hubs*”, punti di accesso a risorse per la comunità, in modo partecipativo e *community-based*, che condivide diverse delle strategie e delle metodologie che riscontriamo anche nel centro “Luoghi di prevenzione” (come ad esempio l'uso della *peer-education*), e colloca i centri di promozione della salute in uno specifico modello di classificazione degli interventi incentrati sulle comunità, “*The family of community-centred approaches for health and wellbeing*” (South et al. 2019).

Ma ancora più ricco di spunti è il confronto con la realtà canadese (Langille, Crowell, e Lyons 2008), descritta in uno studio di caso con diversi elementi comparabili con Luoghi di Prevenzione.

Infatti nel comparare quanto emerso dalla nostra valutazione con questo caso oltreoceano (su un centro ancora operativo) emerge come anche la valutazione del centro canadese abbia rilevato un ruolo importante di un centro “fisico” nel mantenere il focus sulla ricerca alla luce della variabilità dei finanziamenti su un singolo tema sia in ambito sociale che sanitario. Anche per il loro centro si parla di “*projects that are local, regional, national and international in scope*”. Sono presenti anche alcune differenze, come il finanziamento sostanzialmente più consistente (parlano di 18 milioni di dollari in 15 anni a sostegno dei loro progetti).

Alcuni meccanismi rilevati sono però fortemente convergenti: il funzionamento del centro si basa sulla presenza di spazi adeguati e staff in grado di sviluppare progettualità che ottengano adeguati finanziamenti. Anche per loro lo spazio fisico del centro è un elemento chiave che permette una collaborazione interistituzionale: “The presence of a physical space, where people can come together, helps to develop a research culture where ‘learning communities emerge and groups of stakeholders engage as colleagues across formal and social boundaries”.

Il direttore o altri *faculty members* dirigono i progetti, ma questi vengono co-costruiti con vari gruppi di lavoro di diverse istituzioni. Per stabilire i ruoli usano “*formal agreements*” tra le parti, e questo meccanismo è solo parzialmente rilevabile in Luoghi di Prevenzione, in quanto da diverse rilevazioni qualitative e organizzative fatte durante questo studio abbiamo sottolineato come la rete di enti collegati a LdP resta “attiva” anche allo scadere dei requisiti formali come rete di relazioni personali. Allo stesso modo comunque una parte importante dei budget di ricerca del centro vengono spesso utilizzati per permettere agli enti partner di prendere parte ai progetti, e lo stesso meccanismo è stato sottolineato all’interno delle interviste in questo studio.

Anche rispetto alla loro produzione scientifica notiamo delle convergenze, in quanto è piuttosto varia, da guide a traduzioni a paper, sempre con una forte focalizzazione sulla produzione di saperi rilevanti per le policy sanitarie.

In entrambi i casi inoltre il centro ha ruolo di project management e consulenza verso l’esterno e ha portato nel tempo all’emersione di progetti spin-off (si pensi ad esempio alla realtà “Luoghi di Prevenzione - Molise”).

APPENDICE 2: Metodologie utilizzate

Concludiamo con un focus finale sulle metodologie utilizzate, per chi desidera comprendere meglio quanto fatto e per i “tecnici” della valutazione.

La valutazione di interventi complessi non permette l'esattezza dei processi di laboratorio, poiché ogni linea guida richiede di essere adattata al contesto reale in cui viene calata. Lo “studio di caso” è una metodologia di ricerca prevalentemente qualitativa che permette di studiare contesti complessi per facilitarne la comprensione e la modellizzazione, di solito grazie a interviste, osservazione e studio dei materiali prodotti, ad esempio attraverso la comparazione di più casi.

In ambiti ad alta complessità come la promozione della salute (e la salute pubblica in generale), la valutazione di casi di studio che raggiungano risultati interessanti è utile per supportare la progettazione di nuovi interventi più efficaci che possono “fare tesoro” di esperienze che altrimenti, spesso, non raggiungono la produzione scientifica accademica.

Perché la metodologia realista

Teorizzata da Pawson e Tilley e adottata in numerosi contesti, la valutazione realista si pone l'obiettivo di identificare delle configurazioni di Contesti, Meccanismi e *Outcome* (CMOs) per meglio comprendere le logiche che sottendono la realizzazione di progetti di salute pubblica. Gli studi primari dell'ambito realista sono le “*realist evaluations*”, mentre gli studi secondari sono le “*realist synthesis*”; l'unità di studio dell'indagine realista sono le *teorie*, e si procede abitualmente da una *initial rough theory*, una teoria iniziale, fino a una *refined theory*, che verrà elaborata a conclusione del percorso di approfondimento, come risultato del confronto tra i meccanismi ipotizzati nella teoria iniziale e i meccanismi riscontrati durante la valutazione, che possono confermarla, dettagliarla o confutarla (Pawson, Tilley, e Tilley 1997; Pawson 2018).

L'obiettivo è quindi quello di individuare i meccanismi concreti di funzionamento di un progetto (in questo caso, “Luoghi di prevenzione”) allo scopo di generare ipotesi su contenuti generalizzabili.

In particolare, secondo il paradigma realista si fa riferimento a tre modalità di raccolta dei dati, che dovrebbero possibilmente essere sempre presenti: qualitativa, quantitativa e comparativa.

Le metodologie qualitative ci informano sul “come” sia avvenuto il funzionamento del progetto; mentre tramite gli approfondimenti nei dati quantitativi è importante quantificare “quanto” e se realmente è avvenuto un impatto del progetto considerato; la prospettiva comparativa (analisi di dati nel loro contesto storico e comparazione di casi) ci permette poi una comprensione più globale del contesto in cui il progetto si è sviluppato (pg. 19, Pawson 2013).

Tutto il materiale studiato (relazioni di progetto, testi di interviste, la produzione scientifica di

Luoghi di Prevenzione) è stato analizzato con il supporto del software “Atlas TI” per l’analisi qualitativa, alla ricerca di configurazioni “CMO” (Contesti, meccanismi, Outcomes) nel tentativo di delineare una teorizzazione più precisa ed utilizzabile sul funzionamento di Luoghi di Prevenzione. Attraverso questo processo si è giunti alla generazione di 197 “etichette” differenti relative a CMOs individuati nelle pubblicazioni scientifiche, che sommati a quelli generati nell’analisi dei documenti dei progetti raggiungono il numero di 308 codici totali. I CMO individuati sono stati poi raggruppati in macrocategorie, utilizzate per la creazione delle teorie finali riportate nei risultati.

Teoria realista e Modello transteorico del cambiamento dei comportamenti intenzionali

Ci preme inoltre sottolineare che il modello della valutazione realista offre anche importanti congruenze metodologiche con l’apparato teorico che si incontra nell’approcciarsi a Luoghi di Prevenzione; in primo luogo, entrambi (“Luoghi di Prevenzione” e la teoria realista) si collocano in un paradigma di complessità, che rifiuta una “soluzione unica e definitiva” a livello metodologico e che accetta che la conoscenza del reale tramite l’indagine scientifica è possibile ma sempre parziale. In secondo luogo anche a livello di teorizzazione più “granulare” è possibile trovare notevoli convergenze, tra cui citiamo ad esempio la sostanziale vicinanza tra il Modello Transteorico del Cambiamento dei comportamenti intenzionali così come ideato da DiClemente e Prochaska a partire dagli ultimi decenni del secolo scorso e adottato come teoria di riferimento per gli interventi a Luoghi di Prevenzione, e la “*conceptual platform for behavioural change interventions*” elaborata da Ray Pawson presentata ad esempio in “*The science of evaluation: a realist manifesto*” (DiClemente 2018; Prochaska e DiClemente 1983; Pawson 2014). Entrambe sostanzialmente meta-teorie sul cambiamento degli individui con fortissime vicinanze, pur se formulate con focus diversi (come sottolineato da Pawson a pag. 131, ibidem).

Bibliografia

- Allara, Elias, Paola Angelini, Giuseppe Gorini, Sandra Bosi, Giulia Carreras, Cristina Gozzi, Andrea Martini, Marco Tamelli, Ranadhir Reddy Punreddy, e Fabrizio Faggiano. 2019. «Effects of a Prevention Program on Multiple Health-Compromising Behaviours in Adolescence: A Cluster Randomized Controlled Trial». *Preventive Medicine* 124 (luglio): 1–10. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2019.04.001>.
- Allara, Elias, Paola Angelini, Giuseppe Gorini, Sandra Bosi, Giulia Carreras, Cristina Gozzi, Andrea Martini, Marco Tamelli, Simone Storani, e Fabrizio Faggiano. 2015. «A Prevention Program for Multiple Health-Compromising Behaviors in Adolescence: Baseline Results from a Cluster Randomized Controlled Trial». *Preventive Medicine* 71 (febbraio): 20–26. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.12.002>.
- Bosi, Sandra, Giuseppe Gorini, Marco Tamelli, Claudia Monti, Simone Storani, Giulia Carreras, Andrea Martini, Elias Allara, Paola Angelini, e Fabrizio Faggiano. 2013. «A School-Based Peer-Led Smoking Prevention Intervention with Extracurricular Activities: The LILT-LdP Cluster Randomized Controlled Trial Design and Study Population». *Tumori* 99 (5): 572–77. <https://doi.org/10.1700/1377.15304>.
- Broccoli, Serena, Anna Maria Davoli, Laura Bonvicini, Alessandra Fabbri, Elena Ferrari, Gino Montagna, Costantino Panza, et al. 2016. «Motivational Interviewing to Treat Overweight Children: 24-Month Follow-Up of a Randomized Controlled Trial». *Pediatrics* 137 (1). <https://doi.org/10.1542/peds.2015-1979>.
- Carreras, G., S. Bosi, P. Angelini, e G. Gorini. 2016. «Mediating factors of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial». *Health Education Research* 31 (4): 439–49. <https://doi.org/10.1093/her/cyw031>.
- Chiamulera, Cristiano, Elisa Ferrandi, Giulia Benvegnù, Stefano Ferraro, Francesco Tommasi, Bogdan Maris, Thomas Zandonai, e Sandra Bosi. 2017. «Virtual Reality for Neuroarchitecture: Cue Reactivity in Built Spaces». *Frontiers in Psychology* 8 (febbraio). <https://doi.org/10.3389/fpsyg.2017.00185>.
- Cifiello, Everardo Minardi, Stefano. 2005. «Ricercazione. Teoria e metodo del lavoro sociologico - FrancoAngeli». 2005. http://www.francoangeli.it/Ricerca/scheda_Libro.aspx?codiceISBN=9788846458520.
- «Costruire salute». s.d. Salute. Consultato 30 ottobre 2020. <https://salute.regione.emilia-romagna.it/prp>.
- Davoli, A.M., S. Broccoli, L. Bonvicini, A. Fabbri, E. Ferrari, S. D'angelo, Buono Di, et al. 2013. «Pediatrician-led motivational interviewing to treat overweight children: An RCT». *Pediatrics* 132 (5): e1236–46. <https://doi.org/10.1542/peds.2013-1738>.
- De Marco, Cinzia, Giovanni Invernizzi, Sandra Bosi, e Roberto boffi. 2013. «The Electronic Cigarette: Potential Health Benefit or Mere Business?» 2013. <https://journals.sagepub.com/doi/10.1177/030089161309900624>.
- DiClemente, Carlo C. 2018. *Addiction and Change, Second Edition: How Addictions Develop and Addicted People Recover*. Guilford Publications.
- European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction. 2016. «The 2015 ESPAD Report | www.espad.org». 2016. <http://espad.org/report/home>.
- Frank, Jason R. 2005. *The CanMEDS 2005 Physician Competency Framework: Better Standards, Better Physicians, Better Care*. Royal College of Physicians and Surgeons Canada.
- Gorini, G., G. Carreras, S. Bosi, M. Tamelli, C. Monti, S. Storani, A. Martini, E. Allara, P. Angelini, e F. Faggiano. 2014. «Effectiveness of a school-based multi-component smoking prevention intervention: The LdP cluster randomized controlled trial». *Preventive Medicine* 61: 6–13. <https://doi.org/10.1016/j.ypmed.2014.01.004>.
- Guilbert, Jean-Jacques. 2002. *Guida pedagogica per il personale sanitario*. Edizioni Dal Sud.
- Hovhannisyann, Karen, Michelle Günther, Rie Raffing, Maria Wikström, Johanna Adami, e Hanne Tønnesen. 2019. «Compliance with the Very Integrated Program (VIP) for Smoking Cessation, Nutrition, Physical Activity and Comorbidity Education Among Patients in Treatment for Alcohol and Drug Addiction». *International Journal of Environmental Research and Public Health* 16 (13): 2285. <https://doi.org/10.3390/ijerph16132285>.
- Istituto Superiore di Sanità. 2019. «Sorveglianza Passi». 2019. <https://www.epicentro.iss.it/passi/>.

- Jørgensen, Thea Suldrup, Mette Rasmussen, Sanne Ellegaard Jørgensen, Annette Kjær Ersbøll, Trine Pagh Pedersen, Anne Kristine Aarestrup, Pernille Due, e Rikke Krølner. 2016. «Curricular activities and change in determinants of fruit and vegetable intake among adolescents: Results from the Boost intervention». *Preventive Medicine Reports* 5 (novembre): 48–56. <https://doi.org/10.1016/j.pmedr.2016.11.009>.
- Langille, L. L., S. J. Crowell, e R. F. Lyons. 2008. «Six Essential Roles of Health Promotion Research Centres: The Atlantic Canada Experience». *Health Promotion International* 24 (1): 78–87. <https://doi.org/10.1093/heapro/dap001>.
- Lave, Jean, e Etienne Wenger. 2006. *L'apprendimento situato. Dall'osservazione alla partecipazione attiva nei contesti sociali*. Edizioni Erickson.
- Lee, Chung Yul, Hee Soon Kim, Yang Hee Ahn, Il Sun Ko, e Yoon Hee Cho. 2009. «Development of a Community Health Promotion Center Based on the World Health Organization's Ottawa Charter Health Promotion Strategies». *Japan Journal of Nursing Science* 6 (2): 83–90. <https://doi.org/10.1111/j.1742-7924.2009.00125.x>.
- Miller, G. E. 1990. «The Assessment of Clinical Skills/Competence/Performance». *Academic Medicine: Journal of the Association of American Medical Colleges* 65 (9 Suppl): S63-67. <https://doi.org/10.1097/00001888-199009000-00045>.
- Mortari, Luigina, e Lucia Zannini. 2017. *La ricerca qualitativa in ambito sanitario*. Carocci.
- Pawson, Ray. 2013. *The Science of Evaluation: A Realist Manifesto*. SAGE.
- . 2014. «The science of evaluation: A realist manifesto». *The Canadian Journal of Program Evaluation* 29 (gennaio): 145. <https://doi.org/10.3138/cjpe.29.2.145>.
- . 2018. «Realistic Evaluation». SAGE Publications Ltd. 23 ottobre 2018. <https://uk.sagepub.com/en-gb/eur/realistic-evaluation/book205276>.
- Pawson, Ray, Nick Tilley, e Nicholas Tilley. 1997. *Realistic Evaluation*. SAGE Publications.
- Prochaska, J. O., e C. C. DiClemente. 1983. «Stages and Processes of Self-Change of Smoking: Toward an Integrative Model of Change». *Journal of Consulting and Clinical Psychology* 51 (3): 390–95.
- South, Jane, Anne-Marie Bagnall, Jude A. Stansfield, Kris J. Southby, e Pritti Mehta. 2019. «An Evidence-Based Framework on Community-Centred Approaches for Health: England, UK». *Health Promotion International* 34 (2): 356–66. <https://doi.org/10.1093/heapro/dax083>.
- Vigna-Taglianti, Federica D., Maria Rosaria Galanti, Gregor Burkhart, Maria Paola Caria, Serena Vadrucci, Fabrizio Faggiano, e EU-Dap Study Group. 2014. «“Unplugged,” a European School-Based Program for Substance Use Prevention among Adolescents: Overview of Results from the EU-Dap Trial». *New Directions for Youth Development* 2014 (141): 67–82, 11–12. <https://doi.org/10.1002/yd.20087>.
- Yin, Robert K. 2017. *Case Study Research and Applications: Design and Methods*. SAGE Publications.
- Zannini, Lucia. 2015. *Fare formazione nei contesti di prevenzione e cura. Modelli, strumenti, narrazioni*. Pensa Multimedia.

#7 I Metalloghi di Luoghi di Prevenzione

7. Studio di caso: le progettazioni del centro didattico multimediale della Regione Emilia-Romagna “Luoghi di Prevenzione”. Indicazioni a partire da una “realist evaluation”

Una tesi di dottorato è lo spunto per affrontare il tema della valutazione di Luoghi di Prevenzione come caso-studio. Lo pone al confronto con iniziative analoghe promosse nel panorama internazionale e ne favorisce la lettura critica.



Il volume è stato realizzato nell'ambito del progetto CCM: “Cambiare stili di vita non salutari. La formazione a distanza a supporto delle competenze dei professionisti in ambito della promozione della salute”.