

Progetto Multicentrico
“Promozione dei comportamenti liberi dall’alcol
per la prevenzione degli incidenti stradali” (2008-2009)

Report di valutazione



Il documento è stato realizzato nell'ambito del Piano di Prevenzione Attiva Incidenti Stradali 2006 – 2009 dal Gruppo di Lavoro Regionale composto da:

- **Marinara Laura** Direzione Integrata ASL Vercelli – Referente Regionale Area Incidenti Stradali
- **Carmazzi Federica** Struttura Semplice a valenza Dipartimentale di Alcologia – ASL TO 4 Chivasso – responsabile del progetto “Una guida al limite”
- **Crosa Lenz Chiara** Struttura Semplice di Alcologia Servizio Tossicodipendenze ASL VCO – responsabile del progetto “Sicurezza in Festa”
- **Fossati Anna Maria** Struttura Semplice Epidemiologia ASL CN 1 – redattore del progetto “Metti in moto la salute”
- **Miroglio Tiziana** Responsabile S.O.S.. Promozione ed Educazione Salute – Area Educazione Sanitaria ASL Asti – responsabile del progetto “Metti in moto la prudenza”
- **Moia Edoardo** Referente tecnico Piano di Prevenzione Attiva Incidenti Stradali – Dipartimento Prevenzione ASL Novara – redattore del progetto “Sicurezza in Festa”
- **Susani Franca** Dipartimento della Prevenzione ASL Alessandria – responsabile del progetto “Metti in moto la prudenza”
- **Tarengi Giuseppe** Promozione della Salute e Educazione Sanitaria ASL TO 3 – redattore del progetto “Una guida al limite”
- **Tomaciello Maria Grazia** S.O.S. Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria – Dipartimento di Prevenzione ASL CN 1 Cuneo – responsabile del progetto “Metti in moto la salute”
- **Claudio Tortone** DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte
- **Rita Longo** DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte
- **Elisa Ferro** DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte
- **Mariella Di Pilato** DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte
- **Paola Capra** DoRS - Centro di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte
- **Marco Dalmasso** Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO 3
- **Elena Gelormino** Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO 3
- **Carlo Mamo** Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO 3
- **Alessandro Migliardi** Servizio Sovrazonale di Epidemiologia ASL TO 3
- **Tatiana Begotti** Laboratorio di psicologia dello sviluppo, Dipartimento di Psicologia Università di Torino
- **Emanuela Calandri** Laboratorio di psicologia dello sviluppo, Dipartimento di Psicologia Università di Torino
- **Federica Graziano** Laboratorio di psicologia dello sviluppo, Dipartimento di Psicologia Università di Torino.

A cura di Mariella Di Pilato e Rita Longo.

Si ringrazia Laura Marinara e tutto il Gruppo di Lavoro Regionale per i contributi forniti e la revisione dei dati e del documento.

Grafica e impaginazione a cura di Elisa Ferro ed Eleonora Tosco - DoRS Regione Piemonte

Copia del documento è reperibile sul sito <http://www.dors.it> - Area FOCUS Incidenti Stradali oppure rivolgendosi al Centro di Documentazione per la Promozione della Salute (DoRS) – Regione Piemonte, Via Sabaudia 164, 10095 Grugliasco (TO), Tel. 011 40.188.210 - Fax 01140.188.501 - e-mail redazione.sito@dors.it

Si autorizza la riproduzione parziale o totale del contenuto del presente documento con la citazione della fonte.



UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI TORINO
DIPARTIMENTO DI PSICOLOGIA
Laboratorio di Psicologia dello Sviluppo

INDICE

Introduzione	p. 4
1. Il progetto Multicentrico	p. 4
2. Cornice teorica ed evidenze di efficacia	p. 8
3. Disegno di valutazione e metodologia	p. 8
4. I risultati della valutazione: esiti attesi e inattesi	p. 12
5. Osservazioni conclusive	p. 21
Bibliografia	p. 23
Allegati	p. 25

Introduzione

Oggetto del presente report di valutazione è il Progetto Multicentrico Regionale “Promozione di comportamenti liberi dall’alcol per la prevenzione degli incidenti stradali”.

Il progetto è stato sviluppato nel triennio 2006-2009 all’interno del Piano di Prevenzione Attiva (PPA) Incidenti Stradali della Regione Piemonte¹.

Due sono le finalità del progetto. La prima è di creare in Piemonte una rete integrata e coordinata di professionisti e servizi sanitari diversi che si occupano di prevenzione degli incidenti stradali. La seconda è di promuovere, attraverso interventi contesto-specifici, nella popolazione di età compresa tra i 14 e i 49 anni, comportamenti di guida responsabili al fine di ridurre gli incidenti stradali sul territorio regionale.

Il progetto può essere idealmente suddiviso in due parti: la prima dedicata allo sviluppo di competenze professionali e organizzative negli operatori delle aziende sanitarie, utili per la realizzazione di progetti di promozione della salute; la seconda focalizzata sull’implementazione e realizzazione di interventi locali (progetti di quadrante), volti a promuovere comportamenti di guida responsabile nella popolazione target.

Tale articolazione del progetto ha previsto un importante lavoro di coordinamento tra i diversi livelli operativi (regionale, di quadrante, locale) e tre tipologie di destinatari:

- destinatari iniziali: operatori sanitari con professionalità diverse (educatori, medici, psicologi, assistenti sanitari, tecnici della prevenzione, ecc) afferenti a vari servizi delle aziende sanitarie (Alcologia, SerT, Dipartimento della Prevenzione, Dipartimento di Psicologia, ecc)
- destinatari intermedi: insegnanti di scuola secondaria di primo e di secondo grado, medici di medicina legale certificatori per la patente di guida, volontari di pubbliche assistenze, decisori locali (assessori, sindaci, ecc)
- destinatari finali: popolazione di età compresa tra i 14 e i 49 anni

Ciascun progetto di quadrante ha identificato, all’interno di questa fascia di età, target specifici quali: ragazzi frequentanti la scuola secondaria di primo e secondo grado (setting scuola), patentandi o patentati al rinnovo della patente (setting ambulatorio medicina legale), frequentatori di feste paesane 25/49 anni (setting luoghi del divertimento), decisori amministrativi e politici.

1. Il Progetto Multicentrico Regionale “Promozione di comportamenti liberi dall’alcol per la prevenzione degli incidenti stradali”²

Il Progetto, come è già stato detto, si colloca all’interno di un programma più ampio: il Piano Regionale di Prevenzione Attiva Incidenti Stradali 2005-2007.

Entrambi, il PPA e il Progetto, si basano su un’attenta analisi epidemiologica e su una approfondita diagnosi ambientale, comportamentale ed educativa. La prima evidenzia il Piemonte come una delle regioni con più elevato tasso di mortalità per incidenti stradali (11,5/100.000 vs 9,62/100.000 della media italiana) e con costi sociali complessivi derivanti dagli incidenti stradali stimati dall’Istat intorno a 1.263 milioni di euro nel 2004, pari a 298 euro per abitante³. La seconda rileva che la causa principale degli incidenti stradali, accertata dall’autorità pubblica risulta nel 70% dei casi l’alterato stato psico-fisico conseguente all’assunzione di alcol⁴, e che i fattori principali che predispongono ad un comportamento di guida pericoloso, oltre all’assunzione di sostanze psicoattive (tra cui l’alcol) sono un’errata percezione del rischio e, soprattutto negli adolescenti e nei giovani, una propensione al rischio, che si traduce nella ricerca di “sensazioni

¹ Il PPA incidenti stradali prevedeva un insieme coordinato di strategie, programmi e iniziative relative a tre specifiche aree: documentazione, sorveglianza e prevenzione, finalizzate alla promozione di comportamenti di guida responsabili e alla riduzione degli incidenti stradali. (http://www.dors.it/el_focus_i.php?focus=C&codf=010000)

² Progetto Multicentrico http://www.dors.it/alleg/0201/multicentrico_sintetico_definitivo.pdf

³ ISTAT – Statistica degli incidenti stradali – Edizione 2005 – Dati 2003 - 2004

⁴ Dati: Epicentro <http://www.epicentro.iss.it/problemi/stradale/stradale.htm>

forti”, legata alla sfida dei propri limiti. L’influenza dei pari, di modelli familiari negativi e di un contesto culturale che attribuisce al “bere” alcolici valori unicamente positivi completano il quadro dei determinanti che predispongono o rinforzano comportamenti di guida pericolosi. Infine la Ricognizione Piemontese⁵ (prevista dal PPA incidenti stradali e terminata nell’aprile 2007) consente di delineare un quadro complessivo di progetti, interventi e studi inerenti la prevenzione degli incidenti stradali realizzati da istituzioni, enti e associazioni dell’intero territorio regionale e di evidenziare da una parte progetti e interventi considerati “buone pratiche”, dall’altra alcuni aspetti critici, come ad esempio: la distribuzione sul territorio piemontese di interventi e progetti a “macchia di leopardo” (alcuni territori molto presidiati mentre altri totalmente scoperti), la realizzazione di molti interventi spot ed occasionali (ad esempio singole serate di sensibilizzazione), l’attivazione di progetti e interventi poco interconnessi con la realtà locale (amministrazioni, associazioni, enti non sanitari), ecc.

Alla luce di questa diagnosi la risposta del Progetto Multicentrico è stata di lavorare su due fronti: 1) lo sviluppo di competenze professionali e organizzative basilari per la presa in carico multidisciplinare e intersettoriale del problema incidenti stradali da parte degli operatori dei servizi sanitari interessati 2) la promozione di comportamenti di guida responsabili, attraverso 4 interventi contesto-specifici, finalizzati alla riduzione degli incidenti stradali sul territorio regionale.

La **fase 1** del progetto è cominciata con l’analisi dei bisogni, delle risorse e delle criticità degli operatori e dei servizi coinvolti, si è sviluppata attraverso la realizzazione di un Laboratorio – percorso di formazione per attivare, sostenere, accompagnare progetti di promozione della sicurezza stradale – ed è terminata nella costituzione formale di quattro gruppi di lavoro, ciascuno operante su un “quadrante” del territorio regionale: 1. Quadrante Torino; 2. Quadrante Asti e Alessandria; 3. Quadrante Nord Est (Biella, Novara, Vercelli, Verbania Cusio Ossola); 4. Quadrante Cuneo (Fig. 1).

La finalità di questa prima fase è stata il potenziamento del lavoro di rete e di competenze professionali per la progettazione e implementazione di progetti per la promozione di comportamenti di guida responsabili. Si è utilizzata la metodologia del laboratorio di formazione basata sulla riflessione e valutazione di esperienze e progetti pregressi (*apprendere dall’esperienza*) e l’apprendimento derivante dal fare insieme: fare un’analisi del contesto, individuare degli obiettivi... scrivere un progetto e realizzarlo (*cooperative learning e learning by doing*)⁶. La cornice teorica di riferimento è stata la teoria della Capacity Building⁷

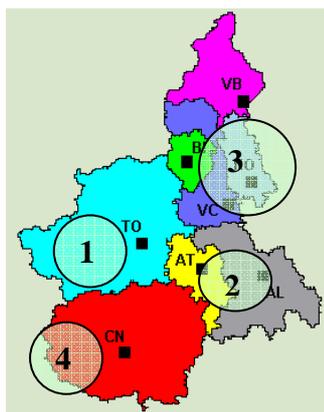


Fig. 1 – Progetto Multicentrico: suddivisione in quadranti territoriali

1. Torino e provincia
2. Asti ed Alessandria
3. Nord-est: Vercelli, Biella, Novara, Verbania
4. Cuneo

⁵ Ricognizione di studi epidemiologici sul territorio piemontese

http://www.dors.it/el_focus_i.php?focus=C&codf=04&PHPSESSID=3cce312c10b218342c9be702880814fd

⁶ PENSARE, PROGETTARE E SCRIVERE UN PROGETTO MULTICENTRICO

Laboratorio per lo sviluppo di Progetti di Prevenzione degli Incidenti Stradali in contesti locali,

<http://www.dors.it/alleg/newfocus/201106/relazione%20descrittiva%20poster.doc>

⁷ La CB o costruzione di competenze è lo sviluppo di conoscenza, abilità, impegno, strutture, sistemi e leadership per rendere la promozione della salute efficace. Essa comprende azioni volte a migliorare la salute su tre livelli: la crescita di conoscenze e abilità tra gli operatori, l’incremento di supporto e infrastrutture dedicate alla promozione della salute nelle organizzazioni, lo sviluppo di coesione e collaborazioni per la salute nelle comunità (Skinner, 1997; Hawe et al., 2000; Catford 2005).

Gli obiettivi specifici di questa fase sono stati i seguenti:

- aumentare la condivisione di un linguaggio comune tra operatori con professionalità differenti e provenienti da servizi diversi
- costruire una visione comune del problema incidenti stradali
- incrementare il lavoro di rete
- creare attenzione sul tema della sicurezza stradale e sui suoi determinanti
- sviluppare conoscenze e competenze per la progettazione e la valutazione di interventi
- valorizzare e contestualizzare le prove di efficacia e le buone pratiche nelle prassi e nelle politiche

Il presente report di valutazione si concentra su questa prima fase.

La **fase 2** si è focalizzata sull'elaborazione e la realizzazione di 4 progetti di quadrante fondati sulle specificità contestuali in cui venivano implementati. Questa fase è stata governata a livello di quadrante e coordinata e integrata a livello regionale.

Gli operatori che hanno partecipato alla prima fase del progetto hanno coinvolto altri operatori sanitari, insieme hanno quindi seguito una formazione nazionale (progetto "Scegliere la Strada della Sicurezza"⁸) sui rischi legati all'uso di sostanze psicoattive alla guida e su strategie comunicative e didattiche indispensabili per trasmettere al target individuato tali conoscenze; si sono successivamente costituiti formalmente in gruppi di quadrante ed hanno elaborato, redatto e realizzato un progetto basato sull'analisi del contesto, del target e del setting scelto, delle evidenze di efficacia o delle buone pratiche, della sostenibilità di obiettivi e azioni individuate. Gli obiettivi di questa seconda fase sono specifici per ciascun progetto di quadrante e spaziano dal potenziamento di life skills, come ad esempio la capacità critica o l'abilità di decision making, in studenti di scuola secondaria di primo e secondo grado (vedi progetto "Metti in moto la prudenza" Quadrante Asti/Alessandria), all'incremento di consapevolezza, confrontando credenze e percezioni personali con misurazioni oggettive di alcolemia e tempi di reazione in giovani e adulti che frequentano luoghi del divertimento (vedi progetto "Sicurezza in festa" Quadrante Nord est); dall'aumento di conoscenze e competenze nei decisori sanitari e politici rispetto alla prevenzione degli incidenti stradali (vedi progetto "Metti in moto la salute!" Quadrante Cuneo), all'incremento di competenze comunicative nei medici certificatori, al fine di informare efficacemente i patentandi sugli effetti dell'alcol sulla guida (vedi progetto "Una guida al limite" Quadrante Torino)⁹

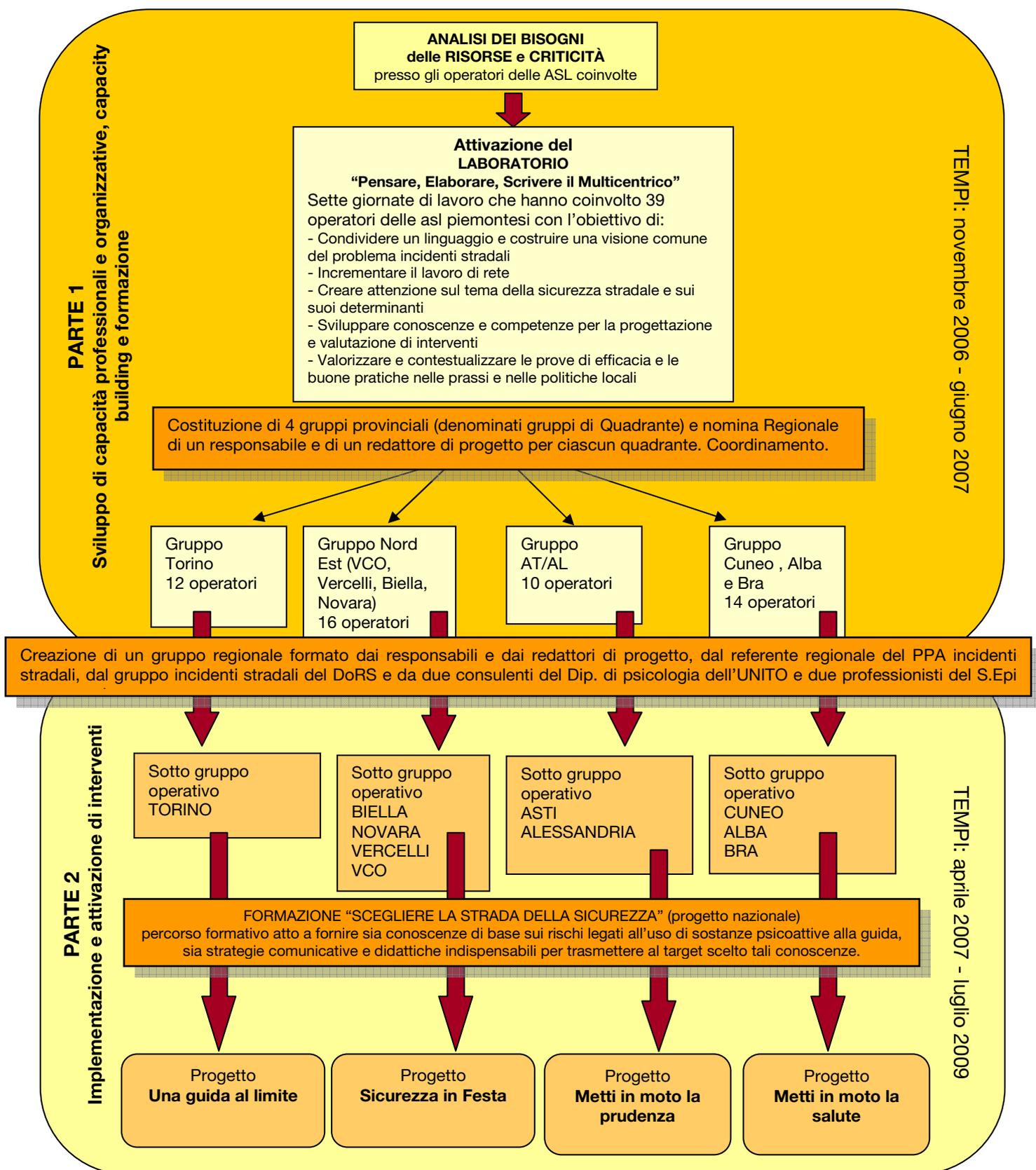
L'eterogeneità degli interventi realizzati, dei destinatari e dei setting scelti e lo sviluppo temporale, diverso a seconda del progetto di quadrante, ha persuaso il gruppo di coordinamento ad affidare la valutazione di questa seconda fase a ciascun gruppo di quadrante. Per tale motivo non è compresa nel presente report.

Il progetto Multicentrico si delinea, quindi, come un progetto composito e complesso e per facilitare la sua comprensione rappresentiamo l'articolazione delle diverse fasi nello schema seguente:

⁸Progetto Scegliere la Strada della Sicurezza. http://www.retepromozionesalute.it/bd_schpro_agg.php?idgen=5923

⁹Progetto Multicentrico Regionale 2008 – 2009. http://www.dors.it/alleg/0201/multicentrico_sintetico_definitivo.pdf

PROCESSO DEL PROGETTO MULTICENTRICO



2. Cornice teorica ed evidenze di efficacia

Analizziamo ora quali sono state le ipotesi che hanno guidato il progetto nella fase 1 e che delimitano quindi le aree di indagine della valutazione.

Ipotesi	Oggetto di lavoro	Teoria o evidenza di efficacia di riferimento
L'adozione di un modello di progettazione rigoroso consente di governare la complessità di un progetto multicentrico	Conoscenza, sperimentazione ed applicazione del modello con il gruppo di lavoro	PRECEDE PROCEED (Green e Kreuter, 1991)
Lo sviluppo di competenze professionali e organizzative è un processo che mette in moto un cambiamento su più livelli: individuale, di gruppo e organizzativo	Formazione (cooperative learning e learning by doing) centrata sullo sviluppo delle competenze in oggetto	Teoria della Capacity Building (Cattford, 2005), Andragogia (Knowles, 1970)
Un progetto partecipato è un progetto sostenibile	Coinvolgimento dei destinatari iniziali e intermedi nella progettazione	Progettazione partecipata (Brunod, 2007)
La creazione di una rete a livello interaziendale di professionisti afferenti a servizi diversi garantisce e facilita la gestione del progetto e la sua continuità	Attenzione (sia a livello regionale che locale) agli aspetti organizzativi come: costituzione formalizzata di gruppi, leadership, coordinamento ecc.	Teoria della Capacity Building (Cattford, 2005)
La creazione di collaborazioni e alleanze sul territorio consente di attivare interventi connessi con la realtà locale e di intervenire su più livelli (individuo, gruppo, comunità) e su più ambiti (informativo, educativo, organizzativo ecc)	Attenzione allo sviluppo di alleanze e collaborazione sul territorio e attivazione di interventi multilivello	Methods for conducting systematic reviews of the evidence of effectiveness and economic efficiency of interventions to reduce injuries to motor vehicle occupants (Zaza 2001) ¹⁰
La valutazione partecipata consente di apprendere dall'esperienza	Coinvolgimento dei destinatari iniziali e intermedi nella valutazione	Valutazione Partecipata (Berti e Antonelli, 2006)

3. Disegno di valutazione e metodologia

Il piano generale di valutazione del progetto Multicentrico, coerentemente con il modello di progettazione adottato: PRECEDE PROCEED ¹¹ parte dal presupposto che *“Il processo di valutazione ha inizio con la definizione degli obiettivi identificati in corrispondenza delle fasi di diagnosi, è continuo e viaggia progressivamente con il procedere delle diverse fasi del progetto”* (Green & Kreuter, 1991). Il modello distingue tre tipi di valutazione: a) la valutazione di processo; b) la valutazione di impatto e c) la valutazione di risultato.

Nel progetto Multicentrico la valutazione è sempre intesa come un processo partecipato dagli attori del progetto stesso. Nello specifico gli attori del progetto Multicentrico hanno partecipato alla scelta dell'oggetto della valutazione, alla costruzione degli obiettivi e degli indicatori, alla scelta della metodologia e degli strumenti e alla lettura e analisi ragionata dei dati raccolti.

La valutazione di processo ha accompagnato il progetto fin dalla fase iniziale, attraverso il monitoraggio e la registrazione degli incontri di coordinamento e di formazione effettuati, usando strumenti come: verbali, fogli presenze, documentazione e catalogazione dei materiali usati negli incontri, schede di rilevazione di criticità e punti di forza delle singole giornate formative, report di

¹⁰ Zaza et al. Methods for conducting systematic reviews of the evidence of effectiveness and economic efficiency of interventions to reduce injuries to motor vehicle occupants. *American Journal of Preventive Medicine* 2001; 21 (4S): 23- 30. <http://www.thecommunityguide.org/mvoi/mvoi-AJPM-methods.pdf>

¹¹ Green LW, Kreuter MW: *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. (2nd ed.). Mountain View, CA, Mayfield, 1991 <http://www.dors.it/alleg/0400/modellogreen.pdf>

attività annuali. La valutazione di processo ha risposto a domande quali: quanti operatori e servizi coinvolti? Quanti incontri di formazione pianificati? Quali informazioni e competenze trasmesse? Quali criticità incontrate? Com'erano organizzate le giornate di laboratorio? ecc. (vedi documento "Pensare, Elaborare, Scrivere il Multicentrico", Settembre 2007¹²)

La valutazione d'impatto ha rilevato quali tipi di cambiamento conseguenti al progetto ci sono stati nei destinatari iniziali e nelle organizzazioni di appartenenza, in termini di aumento di conoscenze, acquisizione di competenze specifiche, sviluppo organizzativo, capacità di attivare collaborazioni e alleanze. Ha consentito di rispondere alle domande: quali sono le conoscenze e le competenze professionali aumentate a seguito del progetto? Quali aspetti organizzativi sono cambiati nei gruppi di progetto, nei servizi o nelle aziende sanitarie di appartenenza? La partecipazione al progetto (nello specifico al laboratorio "Pensare, Elaborare, Scrivere il Multicentrico") ha aumentato l'autoefficacia professionale degli operatori? Gli strumenti utilizzati per rilevare gli impatti sono stati il questionario sulla "Capacity Building", il questionario sull'autoefficacia professionale e le relazioni di attività annuali.

La valutazione di risultato dovrebbe rilevare se c'è stato un cambiamento rispetto all'obiettivo di salute dichiarato; nello specifico, se a seguito del progetto si è ridotto il numero di incidenti stradali nel territorio piemontese, nella fascia 14-49 anni.

Si tratta di una valutazione che richiede tempi molto lunghi (spesso gli effetti di cambiamenti dovuti a interventi educativi o organizzativi si vedono solo dopo alcuni anni) e l'adozione di un disegno sperimentale è difficile (se non impossibile) da applicare quando i fattori che determinano un comportamento di salute sono moltissimi (cosa che accade frequentemente). Spesso quindi per valutare l'efficacia di un intervento ci si orienta (sostenuti dalla letteratura^{13 14}) verso una valutazione di esiti intermedi (valutazione di impatto). Anche noi abbiamo fatto questa scelta poiché molteplici sono i determinanti degli incidenti stradali (ambientali, strutturali, umani); inoltre il Progetto Multicentrico si caratterizza proprio per la complessità determinata dalla pluralità di enti e organizzazioni coinvolte, dallo sviluppo territoriale per quadranti, dall'eterogeneità dei destinatari e dall'articolazione dell'intervento su più livelli: individuale, organizzativo, di comunità.

3.1 Obiettivi della valutazione

Gli obiettivi della valutazione della prima fase del progetto sono due:

- a) descrivere sinteticamente il processo del progetto e i risultati di output della fase 1
- b) analizzare gli impatti della fase 1 del progetto sui destinatari iniziali e intermedi

I quesiti della valutazione

I quesiti della valutazione, condivisi anche con i soggetti coinvolti, sono stati i seguenti:

¹² PENSARE, PROGETTARE E SCRIVERE UN PROGETTO MULTICENTRICO

Laboratorio per lo sviluppo di Progetti di Prevenzione degli Incidenti Stradali in contesti locali, <http://www.dors.it/alleg/newfocus/201106/relazione%20descrittiva%20poster.doc>

¹³ Lemma, P., Renga, G., (1997) Valutare la qualità degli interventi di educazione e promozione della salute, Educazione sanitaria e promozione della salute, 20, 1

¹⁴WHO Regional Publications, Evaluation in health promotion, Principles and perspectives, 2001

	AREE DI INDAGINE	QUESITI DI VALUTAZIONE	STRUMENTI
OUTPUT (prestazioni prodotte dal progetto)	Coinvolgimento aziende sanitarie piemontesi (ASL)	Quante ASL hanno partecipato alla fase di formazione laboratoriale? Quante ASL sono rappresentate nei gruppi di progetto modulare?	Relazione di attività annuali
	Costituzione e formalizzazione gruppi progetto	Quanti gruppi modulari sono stati formalizzati con delibera aziendale?	Delibere aziendali
	Operatori coinvolti	Quanti operatori sono stati coinvolti nella fase di formazione laboratoriale? Quanti operatori sono stati coinvolti nella fase di elaborazione e realizzazione del progetto? Qual'era la professionalità degli operatori?	Relazione attività gruppi di quadrante
	Formazione realizzata	Sono stati realizzati percorsi formativi specifici?	Report "Pensare, Progettare, Realizzare un progetto Multicentrico + Relazione attività"
	Collaborazione con altri enti del territorio	Quanti e quali enti sono stati coinvolti dai progetti modulari?	Relazione attività gruppi di quadrante
	Progetti elaborati e attivati	Quanti progetti sono stati attivati? In quali setting? Su quali destinatari?	Progetti di quadrante
IMPATTO (cambiamento che il progetto ha prodotto sui destinatari o nelle organizzazioni)	Conoscenze e competenze professionali relative alla progettazione	In relazione agli obiettivi generali, in che misura le diverse azioni hanno generato gli impatti attesi (sviluppo conoscenze e competenze sulla progettazione, utilizzo delle prove di efficacia)	Questionario CB
	Aspetti organizzativi	In relazione agli obiettivi individuati, che tipo di cambiamenti organizzativi si sono registrati? (lavoro di rete, visione comune, partnership)	Questionario CB + Relazione di attività
	Autoefficacia professionale	La partecipazione al laboratorio "pensare, elaborare, scrivere il Multicentrico" ha aumentato l'autoefficacia professionale?	Questionario sull'autoefficacia professionale
	Sostenibilità	In che misura e in che modo effetti positivi del progetto permangono a seguito del termine dello stesso?	Relazione di attività + verbali riunioni di coordinamento
	Utilità	In che misura gli effetti del progetto rispondono ai reali bisogni dei destinatari iniziali?	Verbali riunioni di coordinamento + Questionario CB
	"Equità territoriale"	Il progetto Multicentrico ha contribuito a ridurre la disuguaglianza nella distribuzione sul territorio piemontese di progetti e interventi?	Relazioni di attività Progetti di quadrante

3.2 Presentazione degli strumenti:

Per rispondere alle domande della tabella precedente sono stati utilizzati i seguenti strumenti/documenti:

La relazione di attività

E' un documento redatto annualmente a dicembre dai responsabili e redattori dei progetti modulari, per quanto riguarda il proprio progetto e dal gruppo di coordinamento regionale, per quanto concerne tutte le attività trasversali, di coordinamento e di documentazione.

La relazione di attività contiene: un breve rationale del progetto in cui vengono richiamati gli obiettivi, un resoconto delle attività svolte, un resoconto degli obiettivi raggiunti; contiene inoltre una serie di informazioni di processo (operatori contattati, corsi pianificati, collaborazioni attivate, ecc) ed evidenza criticità incontrate e punti di forza. Le relazioni di attività sono redatte utilizzando verbali degli incontri, fogli presenze, ecc. Nella relazione di attività sono anche elencati strumenti e materiali prodotti.

Il questionario sull'autoefficacia professionale

Il questionario di autoefficacia professionale (**Allegato 2**) si basa sul costrutto di autoefficacia di Bandura; l'autoefficacia si riferisce alle convinzioni nelle proprie capacità di organizzare e realizzare il corso di azioni necessario a gestire adeguatamente le situazioni che si incontreranno in modo da raggiungere i risultati prefissati. Le convinzioni di efficacia influenzano il modo in cui le persone pensano, si sentono, trovano le motivazioni personali e agiscono (Bandura, 1986).

Si tratta di un questionario pre-post appositamente costruito da un gruppo di ricercatrici del dipartimento di Psicologia dell'Università di Torino, per valutare l'autoefficacia professionale connessa alla partecipazione al laboratorio "Pensare, Elaborare, Scrivere il Multicentrico".

Le variabili indagate attraverso una scala Likert a 5 livelli (per nulla/poco/mediamente/abbastanza/molto) riguardano dimensioni come: la capacità di superare le difficoltà che si incontrano nel lavoro, la capacità di affrontare efficacemente le difficoltà relazionali all'interno del gruppo di lavoro, la capacità di adattare le conoscenze alle esigenze specifiche del proprio territorio, la capacità di realizzare pienamente gli obiettivi previsti.

Il questionario sulla Capacity Building (CB)

Il questionario sulla CB (**Allegato 1**) è lo strumento che ha permesso di rilevare se a seguito della partecipazione al progetto Multicentrico si sono verificati:

- un incremento di *competenze e capacità professionali* nei professionisti, relative alla progettazione di interventi di HP e al lavoro di squadra
- un cambiamento di *strategie/scelte organizzative* all'interno delle aziende che hanno aderito al progetto o a livello sovraziendale (ad esempio a livello di quadrante)
- una maggiore *collaborazione e integrazione* del gruppo di progetto con enti/agenzie/servizi anche non sanitari del territorio

L'elaborazione del questionario è iniziata con un'intervista semistrutturata ai responsabili e redattori dei progetti di quadrante e alla responsabile regionale dell'area promozione e prevenzione degli incidenti stradali. Attraverso l'intervista si intendeva far emergere sia quali erano le aree di indagine ritenute di interesse, sia quali erano gli aspetti specifici da approfondire. In incontri di riflessione e condivisione successivi si è lavorato invece sugli aspetti strutturali e formali del questionario stesso. Infine gli ultimi incontri si sono concentrati sulle modalità di coinvolgimento degli altri operatori, sull'individuazione dei soggetti della valutazione e sulle modalità di somministrazione.

La cornice teorica che ha orientato la costruzione del questionario è stata la Capacity Building, nello specifico le aree sviluppate e indagate sono state tratte e adattate da check list o framework presentati nei documenti: "A framework for Building Capacity to improve health" (NSW Health Department, 2001) e "What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?" (WHO Regional Office, 2006).

Il questionario è costituito da quattro sezioni: A) dati anagrafici; B) sviluppo professionale – competenze e capacità; C) sviluppo organizzativo; D) partnership.

Sezione A) dati anagrafici. Finalizzato alla raccolta di alcuni dati personali (es. incarico professionale ricoperto, titolo di studio, fase del progetto in cui la persona è entrata nel gruppo di progetto ecc)

Sezione B) sviluppo professionale. Costituito da 4 aree tematiche: i) accesso e utilizzo delle informazioni; ii) progettazione di interventi; iii) lavoro di rete; iv) autoefficacia professionale. Lo scopo di questa sezione era di richiedere al professionista un'autovalutazione rispetto agli apprendimenti (in termini di competenze e capacità) acquisiti grazie alla partecipazione al percorso del Progetto Multicentrico

Sezione C) sviluppo organizzativo. Costituito da 4 aree tematiche: i) politiche, procedure, strategie (dell'azienda di appartenenza o del quadrante); ii) supporto gestionale e impegno direzione (risorse messe a disposizione dalla direzione, es. ore lavoro professionisti, spazi istituzionali, sostegno amministrativo, ecc); iii) metodi e funzionamento gruppi; iv) leadership. Lo scopo di questa sezione era di chiedere al professionista se a seguito del progetto Multicentrico ha rilevato nella propria azienda o nel proprio quadrante dei cambiamenti organizzativi.

Sezione D) collaborazioni/alleanze. Costituito da 2 aree tematiche: i) coinvolgimento organizzazioni sanitarie e non sanitarie del territorio; ii) condivisione con i partner di orientamento e scelte. Lo scopo di questa sezione era di chiedere al professionista se a seguito del progetto Multicentrico ha rilevato nella propria azienda o nel proprio quadrante un incremento del numero e della qualità delle collaborazioni con organizzazioni del proprio territorio.

Il gruppo di coordinamento ha scelto di somministrare il questionario a quegli operatori inseriti nel gruppo di progetto e/o nel gruppo operativo che:

- 1) hanno partecipato almeno ad 1/3 degli incontri previsti dal gruppo di progetto
- 2) si sono impegnati in una delle attività previste dal progetto (es. organizzare la formazione, preparare materiale informativo, coordinare il gruppo di progetto, ecc)
- 3) hanno garantito una presenza e un impegno continuativo a partire dal momento in cui sono entrati nel gruppo di progetto

Il questionario è quindi stato inviato per posta elettronica da ogni responsabile di progetto agli operatori del proprio gruppo che rispondevano ai criteri individuati. Il questionario era accompagnato da una mail in cui veniva spiegata la finalità del questionario stesso e indicate le modalità di compilazione e restituzione.

La restituzione avveniva in forma anonima direttamente alla segreteria del DoRS.

3.3 Raccolta dati e coinvolgimento soggetti

I dati raccolti tramite Relazione di attività sono stati sintetizzati in una tabella da cui emergono informazioni relative agli output del progetto Multicentrico sia a livello regionale sia a livello di quadrante. Dalle relazioni di attività si evincono anche informazioni relative al processo e criticità e punti di forza rilevate dai gruppi di quadrante.

I dati raccolti attraverso il questionario sull'autoefficacia sono stati raccolti, elaborati e restituiti dal gruppo di ricercatrici del dipartimento di psicologia dell'Università di Torino.

Il questionario è stato compilato, in forma anonima, nella versione "pre" da 26 su 38 partecipanti al laboratorio, nella versione "post" da 25 su 38; sui dati raccolti è stata effettuata un'analisi delle frequenze e il confronto tra risultati ottenuti prima del laboratorio (T1) e dopo il laboratorio (T2).

I risultati dei questionari sono stati restituiti e discussi con tutti i partecipanti del laboratorio.

I dati raccolti attraverso il questionario CB, sono stati inseriti in un database, è stata effettuata un'analisi delle frequenze grezze e percentuali, cumulativa per i quattro quadranti. Non è stato possibile effettuare un'analisi per singolo quadrante e conseguentemente non è stato possibile effettuare confronti a causa dell'esiguo numero di questionari restituiti, circa il 50% di quelli consegnati. I dati elaborati sono stati condivisi nel gruppo di coordinamento (in cui erano presenti il responsabile e il redattore di ciascun progetto di quadrante), i commenti, le riflessioni e i suggerimenti emersi sono stati raccolti in un documento di restituzione presentato in un successivo incontro.

4. I risultati della valutazione: esiti attesi e inattesi

Per quanto riguarda gli output relativi alla prima fase del progetto Multicentrico, dai documenti analizzati (relazioni di attività annuali e report del progetto) è possibile rilevare i seguenti risultati:

OUTPUT PRIMA FASE Livello regionale	
Area di indagine	Specificazione
Costituzione e formalizzazione gruppo di progetto	Costituzione Gruppo di Coordinamento Multiprofessionale (costituito da epidemiologi del Servizio di Epidemiologia, psicologi DoRS e psicologi dell'Università di Torino, documentalista del DoRS , medici delle ASL, Referenti aziendali per la Promozione della Salute, esperti in comunicazione, ecc)
Formazione realizzata	Elaborazione e realizzazione del percorso formativo: laboratorio "Pensare, Progettare, Scrivere un Progetto Multicentrico" 7 giornate di lavoro
Progetti elaborati e attivati	Elaborazione scritta, attivazione e validazione da parte dei decisori locali del "PROGETTO MULTICENTRICO REGIONALE 2008 -2009, Promozione di comportamenti liberi dall'alcol per la prevenzione degli incidenti stradali"

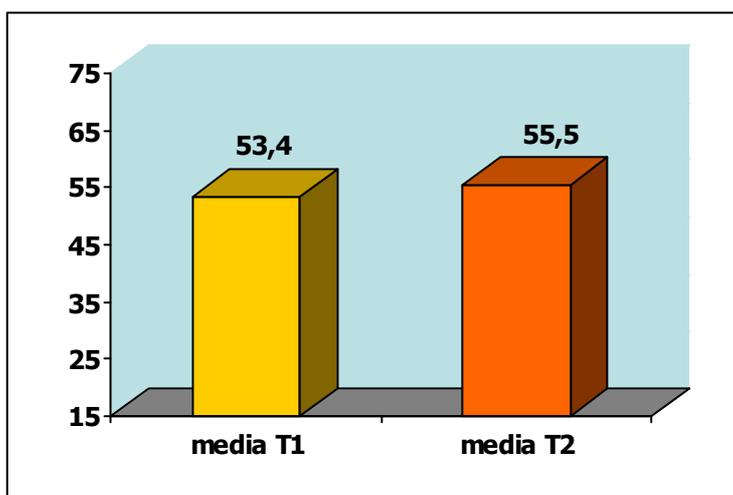
OUTPUT PRIMA FASE Livello di quadrante					
Area di indagine	Q. Torino	Q. Nord Est VCO/NO/VC/ BI	Q. Cuneo/ Alba/Bra	Q. Asti/ Alessandria	TOT.
ASL coinvolte nel laboratorio "Pensare, Progettare, Scrivere un Progetto Multicentrico"	TO 1 TO 3 TO 4 TO 5 4/5	NO VCO 2/4	CN1 CN2 2/2	AT AL 2/2	<u>10/13</u>
Operatori coinvolti nel laboratorio "Pensare, Progettare, Scrivere un Progetto Multicentrico"	13	5	11	10	<u>39</u>
ASL coinvolte nei gruppi di progetto di quadrante	TO 1 TO 3 TO 4 TO 5 4/5	NO VCO VC BI 4/4	CN1 CN2 2/2	AT AL 2/2	<u>12/13</u>
Operatori coinvolti nei gruppi di progetto di quadrante	12	16	14	10	<u>52</u>
Professionalità degli operatori coinvolti nei gruppi di progetto di quadrante	Medico Ass. sanitario Tc. prevenzione Infermiere	Medico Epidemiologo Psicologo Igienista Educatore Assist. sociale	Medico Ass. sanitario Psicologo Tc. prevenzione	Medico Tc prevenzione Collab. amministr. Ass. sanitario	
Gruppo di quadrante formalizzato con delibera	si	si	si	si	<u>4/4</u>
Collaborazioni attivate	Medici medicina legale (dato non disponibile)	Croce rossa Protezione civile Associaz. del privato sociale ANPAS (38)	Polizia locale (dato non disponibile)	Servizio 118 Ufficio scolastico provinciale Scuole secondarie I grado Scuole secondarie II grado (20)	<u>60</u>
Alleanze con altri enti (adesioni istituzionali)	MMG, Farmacie, Sub distretti, Comuni. (dato non disponibile)	Provincia Pro loco Comuni (20)	Amministratori locali, cittadini competenti (dato non disponibile)	Tavolo prefettizio inc. stradali, Motorizz. Civile (2)	<u>22</u>
Progetto di quadrante elaborato e attivato	"Una guida al limite"	"Sicurezza in festa"	"Mettili in moto la salute"	"Mettili in moto la prudenza"	<u>4/4</u>

I dati derivanti dal questionario sull'autoefficacia professionale ci consentono invece di rispondere al quesito: "La partecipazione al laboratorio "pensare, elaborare, scrivere il Multicentrico" ha aumentato l'autoefficacia professionale?". I dati evidenziano i seguenti risultati:

- incremento del livello di autoefficacia personale professionale (Tab. 1)
- incremento del livello di autoefficacia personale professionale nell'ambito del gruppo di formazione PPA incidenti stradali (Tab. 2)
- incremento del livello di autoefficacia collettiva professionale del gruppo di formazione PPA incidenti stradali (Tab. 3)

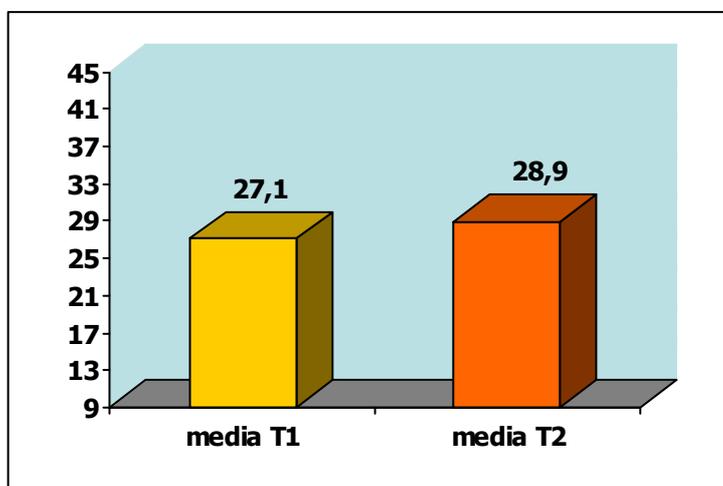
Tab.1: Autoefficacia personale professionale

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>ds</i>	<i>Range</i>	<i>Range osserv.</i>
T1	26	53,4	6,9	15-75	36-66
T2	25	55,5	6	15-75	45-67



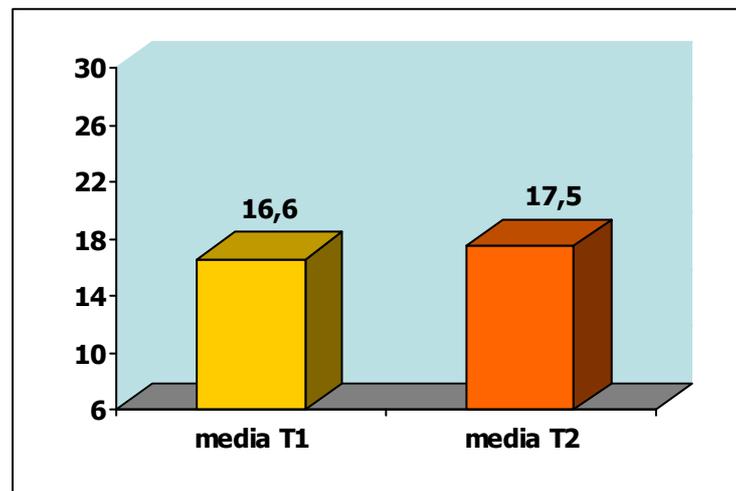
Tab. 2: Autoefficacia personale professionale nell'ambito del laboratorio "Pensare, progettare, scrivere il multicentrico"

	<i>N</i>	<i>Media</i>	<i>ds</i>	<i>Range</i>	<i>Range osserv.</i>
T1	26	27,1	5,1	9-45	14-39
T2	25	28,9	5	9-45	22-37



Tab. 3: Autoefficacia collettiva professionale del gruppo di laboratorio “Pensare, progettare, scrivere il multicentrico”

	N	Media	ds	Range	Range Osserv.
T1	28	16,6	3,5	6-30	7-23
T2	26	17,5	3,4	6-30	12-23



Infine i dati rilevati con il questionario sulla CB ci permettono di rispondere ai quesiti relativi all’impatto del progetto sulle conoscenze e competenze professionali e sugli aspetti organizzativi come il lavoro di rete, lo sviluppo di partnership, ecc.

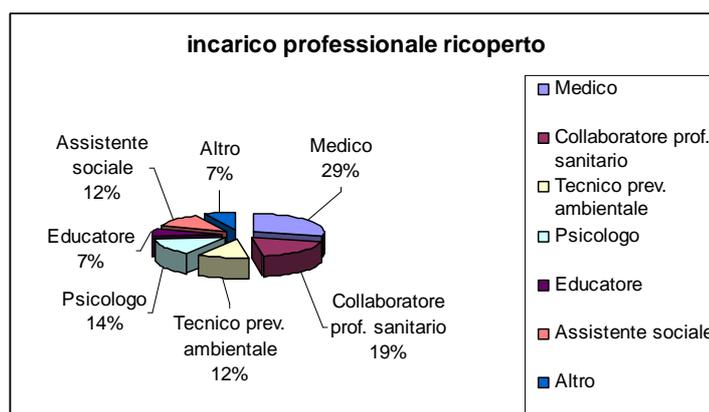
Il primo dato rilevato con il questionario è la bassa percentuale di restituzione del questionario stesso, a fronte di 87 questionari inviati sono stati restituiti 43 questionari, circa il 50% (Tab. 4). Il ridotto numero di restituzioni ha compromesso la possibilità di fare confronti fra i diversi quadranti e di generalizzare i risultati, rendendo possibile solo una valutazione complessiva per i quattro quadranti. Tuttavia i dati sono interessanti perché si concentrano tutti su valutazioni molto positive e perché rilevano in maniera oggettiva giudizi, rappresentazioni e percezioni dei partecipanti al progetto.

Tab. 4: Numero questionari consegnati e numero questionari restituiti per ciascun quadrante

ASL	Questionari consegnati N°	Questionari restituiti N°
CN	19	8
AT/AL	29	16
TO	10	4
VC/NO/BI/ VCO	29	15
TOT.	87	43

L’incarico professionale ricoperto dai professionisti che hanno risposto e restituito il questionario è rappresentativo delle figure professionali coinvolte nei gruppi di quadrante del Progetto Multicentrico e comprende medici, assistenti sanitari, psicologi, educatori, tecnici della prevenzione, assistenti sociali e altro (Fig. 2).

Fig. 2: Incarico professionale ricoperto da coloro che hanno risposto al questionario



Per quanto riguarda le conoscenze e le competenze professionali indagate con l'area **COMPETENZE PROFESSIONALI** del questionario, gli aspetti indagati (Tab. 5) ci consentono di capire in che misura il Progetto Multicentrico ha generato un aumento di competenze e conoscenze sulla progettazione di interventi di promozione di comportamenti di guida responsabili.

Tab. 5: Area competenze professionali: aspetti indagati

D 1	Accedere a documenti
D 2	Utilizzo buone pratiche
D 3	Analizzare criticamente le prove di efficacia
D 4	Esaminare e analizzare dati...
D 5	Lavorare in gruppo aziendale interaziendale e multidisciplinare
D 6	Integrarsi efficacemente con colleghi ruoli diversi
D 7	Creare alleanze con il territorio
D 8	Gestire la complessità dei progetti
D 9	Utilizzare modello teorico rigoroso
D 10	Individuare modelli di cambiamento comportamentale...
D 11	Pianificare valutazione intervento promozione
D 12	Gestire le difficoltà del Progetto multicentrico modulare
D 13	Aggiornamento conoscenze incidenti stradali
D 14	Utilizzare conoscenze ed esperienze con padronanza

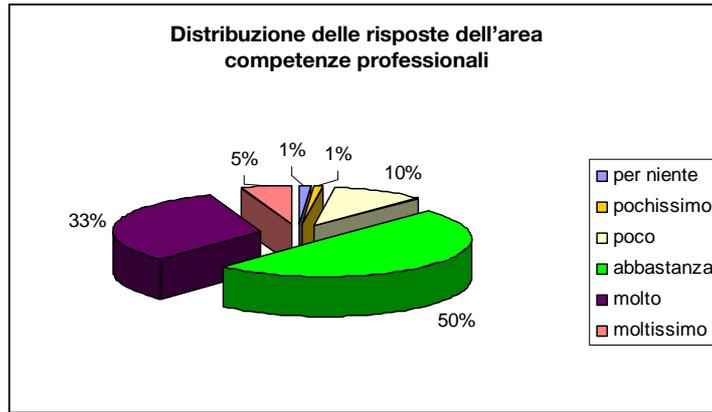
Le opinioni sono state rilevate attraverso una scala Likert che permetteva un gradiente di valutazione così composto:

per niente	pochissimo	poco	abbastanza	molto	moltissimo
------------	------------	------	------------	-------	------------

Es. di domanda: D 1 - Quanto la partecipazione al Progetto Multicentrico ha aumentato le sue capacità di accedere a documenti utili per la progettazione?

Dall'analisi delle risposte, si evince, in termini generali, una valutazione molto positiva: il 38% del totale dei professionisti dichiara di aver aumentato *molto o moltissimo* le conoscenze e le competenze indagate mentre il 50% dichiara di averle aumentate abbastanza. Quindi l'88% dei professionisti dà una valutazione positiva (Fig. 3).

Fig. 3: Distribuzione delle risposte dell'area competenze



Secondo i professionisti che hanno compilato il questionario, le competenze maggiormente sviluppate grazie al Progetto Multicentrico, come evidenziato nei grafici successivi, sono state: la capacità di *utilizzare buone pratiche* nella progettazione D.2 (Fig. 4) 92% degli intervistati dichiara di aver aumentato abbastanza, molto o moltissimo questa competenza; la capacità di *lavorare in gruppo inter-aziendale e multidisciplinare* D.5 (Fig. 5) 92% degli intervistati dichiara di aver aumentato abbastanza, molto o moltissimo questa competenza; la capacità di *integrarsi efficacemente con colleghi con ruoli diversi* D.6 (Fig. 6) 95% degli intervistati dichiara di aver aumentato abbastanza, molto o moltissimo questa competenza; la capacità di *creare alleanze* sul territorio con enti diversi D.7 (Fig. 7) 97% degli intervistati dichiara di aver aumentato abbastanza, molto o moltissimo questa competenza; *l'aggiornamento delle conoscenze relative alla prevenzione degli incidenti stradali* D.13 (Fig. 8) 97% degli intervistati dichiara di aver aumentato abbastanza, molto o moltissimo questa competenza.

Fig. 4: Risposte alla D. 2 “Utilizzo delle evidenze di efficacia e delle buone pratiche” (valori percentuali)

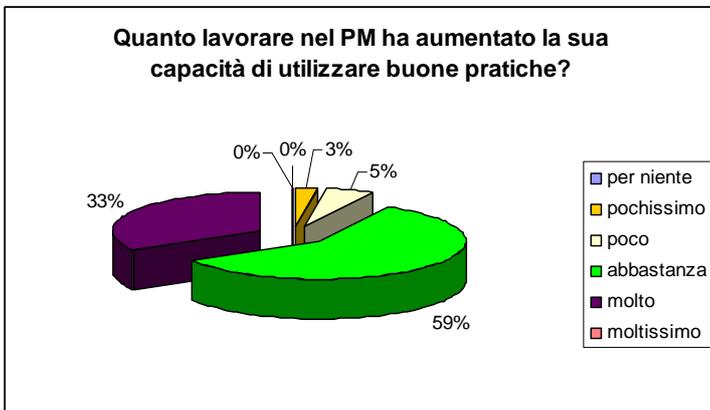


Fig. 5: Risposte alla D. 5 “Lavorare in gruppo aziendale, interaziendale e multidisciplinare” (valori percentuali)



Fig. 6: Risposte alla D. 6 “Integrarsi efficacemente con colleghi che hanno ruoli diversi” (valori percentuali)

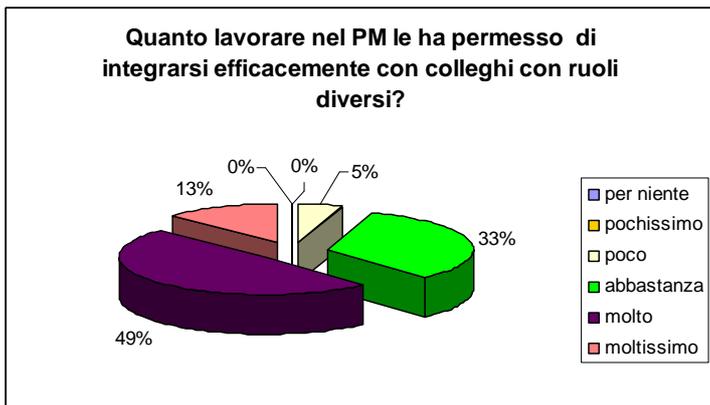


Fig. 7: Risposte alla D. 7 “Capacità di creare alleanze con enti diversi sul territorio” (valori percentuali)

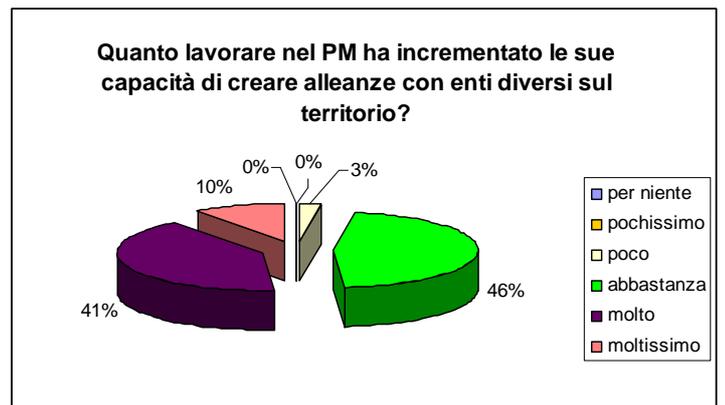
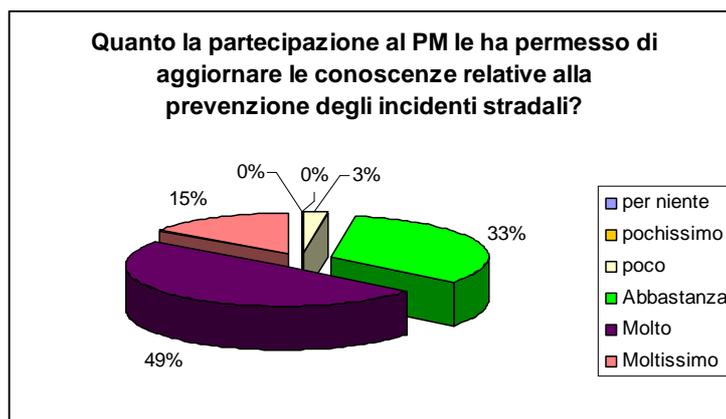
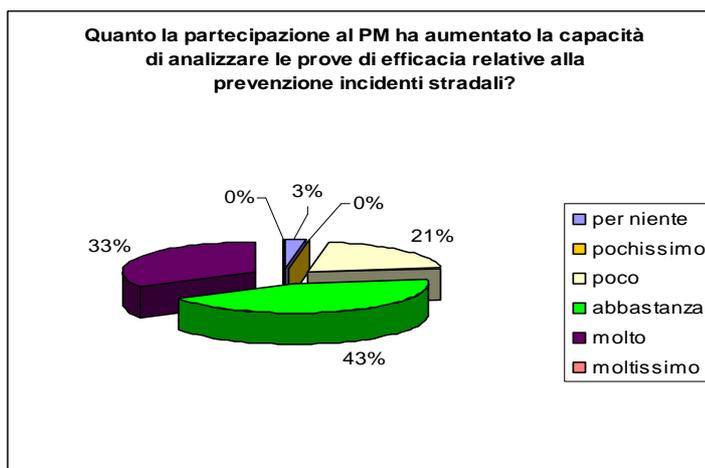


Fig. 8: Risposte alla D. 13 “Aggiornamento delle conoscenze relative alla prevenzione degli incidenti stradali” (valori percentuali)



Un discorso a parte va fatto per la domanda D. 3: il 24% dei professionisti che hanno compilato il questionario dichiara di *aver aumentato poco, pochissimo o per niente la capacità di analizzare le prove di efficacia*, a fronte di un 76% di risposte positive (Fig. 9). Pur trattandosi di un risultato che non può essere considerato negativo, nel contesto del progetto rappresenta una criticità in quanto la formazione ha specificamente investito su questo aspetto.

Fig. 9: Risposte alla D. 3 “Analizzare criticamente le prove di efficacia” (valori percentuali)



Per quanto riguarda la sezione **SVILUPPO ORGANIZZATIVO**, in termini generali si registrano valutazioni lievemente meno positive rispetto alla sezione “Competenze professionali” e punteggi più differenziati tra i quadranti. Aumentano anche le valutazioni più “estreme” (moltissimo e per niente) (Fig. 10).

Fig. 10: Distribuzione delle risposte dell'area “Sviluppo organizzativo”



Le domande che hanno ottenuto le **valutazioni migliori** riguardano la *sperimentazione del lavoro multidisciplinare e multisettoriale* D. 19 e D. 20 (Fig. 12 e Fig. 13). Questi aspetti hanno ottenuto una valutazione molto positiva anche nella sezione “Competenze professionali” dove sono stati analizzati in termini di conoscenze e capacità; nella sezione qui esaminata, “Sviluppo organizzativo”, si fa riferimento alla concreta e operativa sperimentazione di questa modalità di lavoro, quindi alla traduzione pratica e organizzativa della multidisciplinarietà e dell’intersectorialità.

L’altro aspetto indagato che ha ricevuto una valutazione molto positiva riguarda la possibilità offerta di mettere a confronto visioni diverse rispetto al progetto D.31.

Le **criticità** riguardano l’area tematica *supporto gestionale e impegno della direzione*.

Le domande D. 15 e D. 23 relative al riconoscimento da parte del dirigente, di ruolo compiti e competenze relative alla prevenzione degli incidenti stradali (Fig. 11 e Fig. 15), insieme alla costituzione di un gruppo formale D. 22, D. 32 e all’assegnazione da parte della dirigenza di risorse D. 24 sono le domande che hanno ricevuto la **valutazione peggiore** (Fig. 14 e Fig. 16); ciò sta ad indicare che nell’organizzazione che ha sostenuto il progetto multicentrico il *supporto gestionale e l’impegno della direzione* sono stati percepiti come carenti.

L’altra **area tematica critica** è stata quella delle *politiche, procedure e strategie*: le domande di questa area tendevano a indagare lo stretto legame tra la continuità di progetti/interventi/azioni sulla prevenzione degli incidenti stradali (in particolare sulla promozione di comportamenti di guida responsabili) e due linee strategiche quali l’adozione di “procedure formalizzate che assegnano ad un referente o gruppo riconosciuto le attività e i programmi relativi a questi temi” D.16, e l’“inserimento di obiettivi di prevenzione tra gli obiettivi del servizio e delle figure professionali coinvolte nel gruppo di progetto multicentrico” D. 17.

I risultati del questionario evidenziano che in un terzo delle situazioni aziendali queste condizioni non si sono verificate.

Fig. 11: Risposte alla D. 15 “Adozione – a livello di ASL - di procedure che assegnano a referente o gruppo riconosciuto programmi di prevenzione incidenti stradali” (valori percentuali)

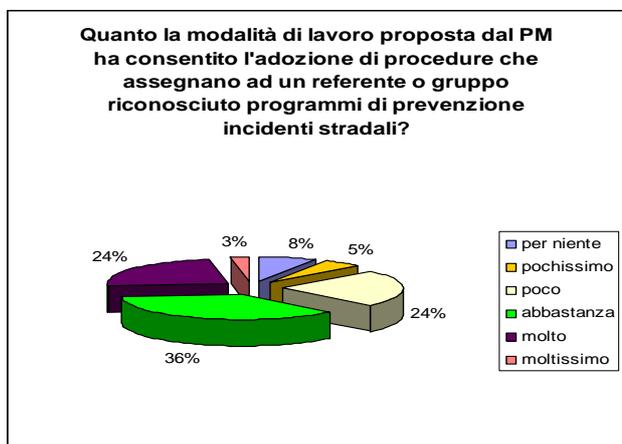


Fig. 13: Risposte alla D. 20 “Collaborazione – a livello di ASL - tra servizi diversi” (valori percentuali)

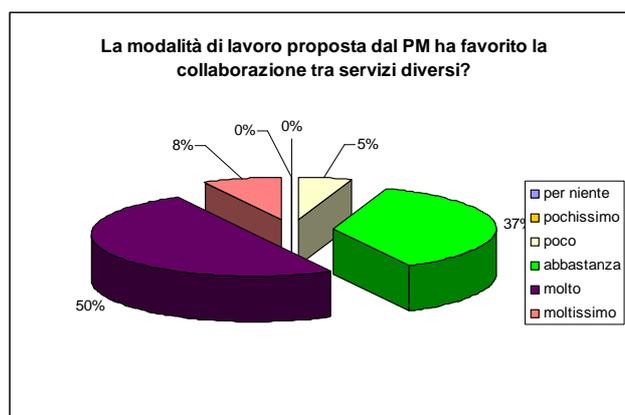


Fig. 12: Risposte alla D. 19 “Sperimentazione – a livello di ASL - del lavoro multidisciplinare” (valori percentuali)

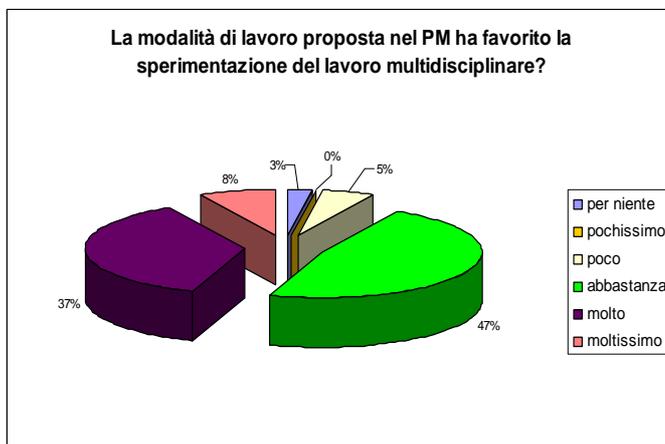


Fig. 14: Risposte alla D. 22 “Costituzione – a livello di ASL - di un gruppo formale ‘Incidenti stradali’” (valori percentuali)

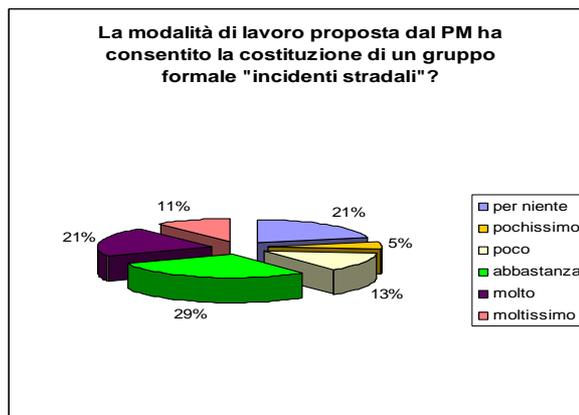


Fig. 15: Risposte alla D. 23 “Riconoscimento – a livello di ASL - da parte del dirigente delle competenze e del ruolo svolto nel progetto” (valori percentuali)

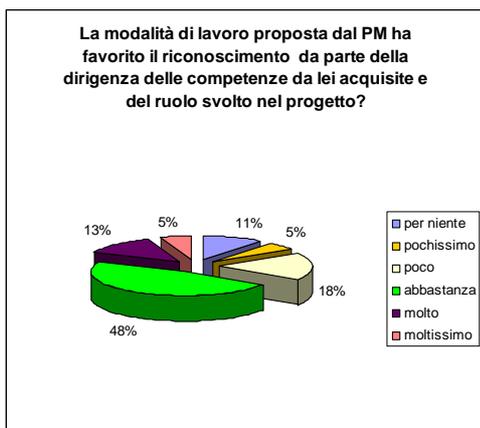


Fig. 16: Risposte alla D. 24 “Assegnazione – a livello di ASL - da parte del dirigente di risorse per il progetto” (valori percentuali)

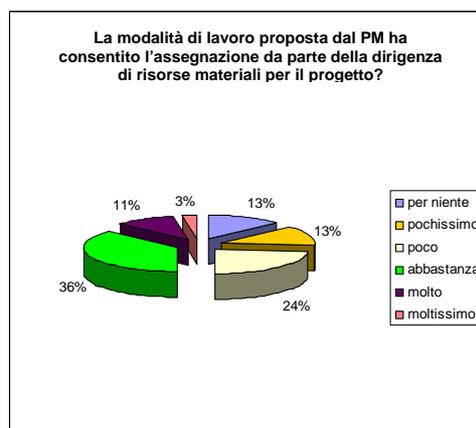


Fig. 17: Risposte alla D. 28 “Collaborazione – a livello di quadrante - tra servizi diversi” (valori percentuali)

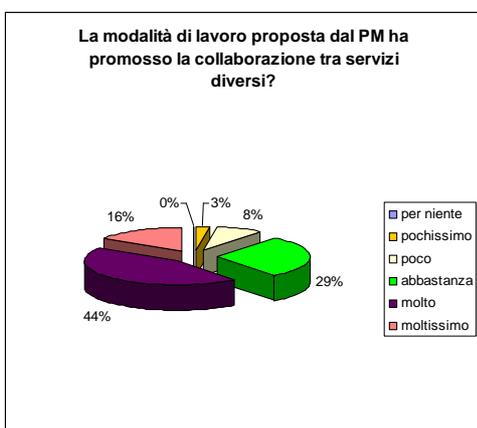
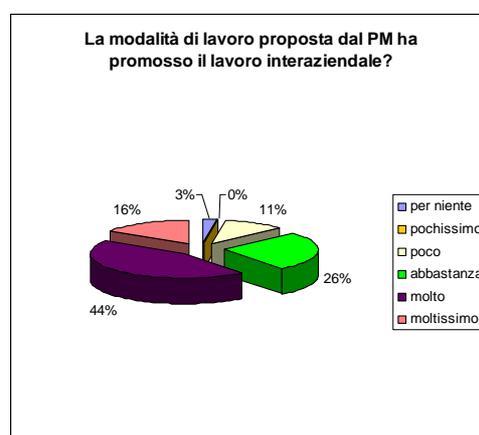


Fig. 18: Risposte alla D. 29 “Modalità di lavoro interaziendale – a livello di quadrante” (valori percentuali)



Infine le risposte della sezione **COLLABORAZIONI/ALLEANZE** evidenziano come sia stato *forte l'orientamento del progetto multicentrico a realizzare interventi radicati sul territorio* D.36: il 93% degli intervistati dichiara che il Progetto Multicentrico ha orientato il proprio progetto a cercare alleanze con enti e associazioni del territorio) (Fig. 19), ma anche come la partnership sia ancora un po' “debole” e “superficiale”: le valutazioni peggiorano quando, oltre all'orientamento a cercare alleanze, si prendono in esame il *coinvolgimento attivo delle organizzazioni* D. 37: il 77% degli intervistati riferisce che il PM ha promosso abbastanza, molto o moltissimo il coinvolgimento di altre organizzazioni del territorio) (Fig. 20) e la co-progettazione o *ri-orientamento del progetto sulla base dei feed-back delle organizzazioni stesse* D. 38: il 75% degli intervistati riferisce che il PM ha incoraggiato il progetto a riorientarsi sulla base dei feedback ricevuti dalle organizzazioni coinvolte (Fig. 21).

Fig. 19: Risposte alla D. 36 “Cercare alleanze con enti e associazioni del territorio” (valori percentuali)

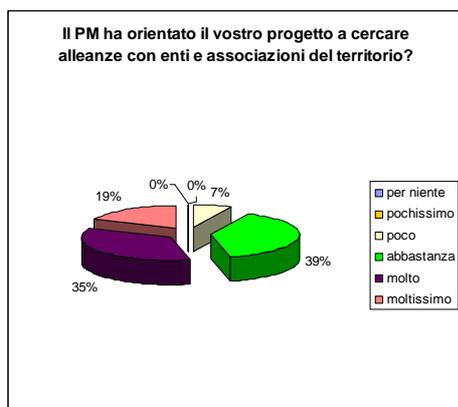


Fig. 20: Risposte alla D. 37 “Coinvolgere organizzazioni del territorio” (valori percentuali)



Fig. 21: Risposte alla D. 38” Ri-orientare il progetto sulla base dei feedback ricevuti dai partner” (valori percentuali)



5. Osservazioni conclusive

In queste pagine cercheremo di trarre alcune considerazioni conclusive facendo sintesi delle diverse fonti e dei contenuti descritti in modo più analitico nei precedenti paragrafi.

Per quanto concerne l'efficacia pratica, il progetto Multicentrico ha consentito, attraverso il laboratorio "Pensare, elaborare, scrivere il Multicentrico" e l'esperienza dei gruppi di quadrante, di incrementare le competenze e le conoscenze che gli operatori, a inizio percorso, hanno individuato come utili e necessarie e che sono confluite, quindi, negli obiettivi del laboratorio:

- Condivisione di un linguaggio comune tra operatori con professionalità differenti e provenienti da servizi diversi
- Costruzione di una visione comune del problema incidenti stradali
- Lavoro di rete
- Attenzione al tema della sicurezza stradale e ai suoi determinanti
- Sviluppo di conoscenze e competenze per la progettazione e valutazione di interventi

L'incremento di queste competenze ha avuto come ricaduta, nel breve-medio termine, un cambiamento organizzativo e cioè la costituzione di gruppi interaziendali multidisciplinari e multisettoriali formalizzati e riconosciuti a livello regionale e aziendale. Il lavoro di rete tra Asl diverse, la multisettorialità e la multidisciplinarietà hanno consentito di valorizzare e condividere esperienze e conoscenze. Questo cambiamento organizzativo ha portato alla realizzazione di progetti integrati e coordinati superando la situazione di frammentarietà e di distribuzione a macchia di leopardo dei progetti rilevata con la ricognizione del 2007.

Infine, l'adozione di un modello di progettazione rigoroso, che *insiste* sull'analisi di contesto; il riferimento alla teoria della Capacity Building, che sottolinea l'importanza fondamentale di rispettare e valorizzare le capacità pre-esistenti; l'attenzione al contesto e alle alleanze, hanno portato alla realizzazione di interventi costruiti sulle specificità territoriali in cui venivano realizzati e integrati sul territorio garantendo nella maggior parte dei casi una buona sostenibilità dei progetti.

5.1 Criticità

Dall'analisi dei dati e da una riflessione sul percorso del Progetto Multicentrico emergono due criticità che riguardano la conoscenza e l'utilizzo delle prove di efficacia e l'attitudine (nonché la possibilità dettata da risorse economiche e di tempo) a pensare la valutazione come parte integrante e indispensabile del progetto.

Per quanto riguarda le **prove di efficacia** abbiamo rilevato sia dalla lettura dei documenti di progetto, sia dalle risposte al questionario sulla Capacity Building una certa difficoltà a fondare i progetti e nello specifico la scelta di strategie e interventi su prove di efficacia, o quantomeno a fare riferimento ad esse.

L'utilizzo delle prove di efficacia è sicuramente una fase del progetto importante ma difficile poiché le prove di efficacia non sempre sono facili da reperire, molto spesso si tratta di studi realizzati in contesti anglosassoni che necessitano di essere adattati al contesto socio-culturale italiano, la loro lettura richiede una formazione e una pratica adeguate. Inoltre va sottolineato che l'Evidence Based Health Promotion è un campo di applicazione ancora recente con cui solo da poco tempo i professionisti che si occupano di promozione della salute si confrontano.

Riteniamo pertanto importante sottolineare la necessità di continuare a lavorare affinché il riferimento alle prove di efficacia entri a far parte integrante della pratica degli operatori della promozione della salute.

Una riflessione analoga può essere fatta per la **valutazione**. Anche la valutazione viene vissuta spesso dagli operatori come una fatica e spesso svolta più come adempimento burocratico necessario per rendicontare che come valorizzazione del lavoro svolto e/o come momento di apprendimento dall'esperienza. Questo vale soprattutto per la valutazione di impatto, mentre la valutazione di processo è considerata generalmente più semplice da svolgere ed accettata più facilmente. Spesso, inoltre, vengono investite quasi tutte le energie, sia economiche che intellettuali, nella fase di elaborazione e realizzazione dei progetti e si arriva "esausti" al termine dei progetti, condizione che predispone a "trattare" la valutazione in modo superficiale.

5.2 Alcuni suggerimenti per l'elaborazione e la realizzazione futura di progetti di promozione di guida responsabile e di prevenzione degli incidenti stradali

- Diffondere la cultura di progettare in base alle evidenze fornite dalla letteratura orientando gli operatori alla costruzione di potenziali buone pratiche;
- aiutare gli operatori a comprendere l'importanza e l'utilità di fare riferimento alla letteratura e fornire le competenze necessarie per trovare, analizzare e applicare le prove di efficacia;
- diffondere la cultura della valutazione non solo in termini di rendicontazione o obbligo istituzionale/formale ma come un'opportunità di apprendere dall'esperienza, di crescita professionale, di miglioramento dell'efficacia del proprio intervento;
- inserire la valutazione da subito nel disegno del progetto (come peraltro previsto da molti modelli di progettazione, vedi PRECEDE PROCEED, Project Cycle Management ecc) dedicandogli tempo e risorse adeguate;
- progettare avendo un riferimento teorico/metodologico rigoroso;
- adottare un approccio al problema di salute sistemico, ecologico, bio-psico-sociale, che vada oltre la logica causa-effetto e che consenta di allargare il campo di analisi iniziale e l'intervento su variabili trasversali e di contesto;
- inserire tra gli obiettivi dei progetti di promozione della salute la costruzione di competenze professionali e organizzative. La Capacity Building è stata spesso descritta in letteratura come il "lavoro invisibile della promozione della salute" in quanto è un processo che mette in moto un cambiamento su più livelli: individuale, di gruppo, organizzativo e di sistema.

BIBLIOGRAFIA

- Ambroset S. (2002), *Servizi a bassa soglia e valutazione partecipata*, Animazione Sociale – dicembre
- Australian Health Promotion Association, (2001), *Health promotion and evaluation. A programmatic approach*, Journal of Health Promotion, (supplement), 11,1
- Bandura, A. (1986). *Social Foundations of Thought and Action*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Berti P., Antonelli S., (2006), *La valutazione partecipata*, “Il ponte vecchio”, Cesena
- Bezzi C., (2005), *Alcune considerazioni sul focus group*, Sociologia e ricerca sociale, n. 76/77
- Bezzi C., (2007), *Contesto come testo e metodo valutativo come linguaggio*, X Congresso AIV
- Bezzi C., (2001), *La Scala delle Priorità Obbligate*, *Prospettive sociali e sanitarie*, a XXXI, n. 6
- Bezzi C., Giraimo M., (2005), *Lo sviluppo di competenze valutative, prospettive sociali e sanitarie*, a.xxxv, n. 17
- Brunod M, *Aspetti metodologici nella progettazione partecipata*. Spunti 9/2007. Marzo 2007 – anno VIII n. 9
- Carter Mc Namara (1997), *Basic Guide to Outcomes-Based Evaluation for Nonprofit Organizations with Very Limited Resources* (www.uniteway.org/outcomes/)
- DoRS, *La progettazione partecipata intersettoriale e con la comunità*, pubblicazione on-line (febbraio 2011), <http://www.dors.it/public/ar54/Prog%20partecipata.pdf>
- Knowles (1970), *Modern practice of adult Education: Andragogy versus Pedagogy*, The Association Press, New York
- Dallago L., Santinello M., Vieno A., (2004), *Valutare gli interventi psicosociali*, Carocci, Roma
- Green LW, Kreuter MW: *Health Promotion Planning: An Educational and Environmental Approach*. (2nd ed.). Mountain View, CA, Mayfield, 1991
- Hans Saan e de Haes (ottobre 2007), *Audit referentiekader gezondheidsbevordering*, www.nigz.nl
- Howard M. O., Jenson J. M.(1999), *Barriers development, utilization and evaluation of social practice guidelines: toward an Action plan for social work*, *Research on social work practice*, vol. 9, n.3, pp. 347 – 364
- ISTAT - *Statistica degli incidenti stradali* – Edizione 2005 – Dati 2003 – 2004
- Lemma, P., Renga, G., (1997) *Valutare la qualità degli interventi di educazione e promozione della salute*, *Educazione sanitaria e promozione della salute*, 20, 1
- Maurizio Roberto (1998), *La valutazione della prevenzione* (in *La prevenzione possibile*, a cura di Marco Maggi, editrice Berti)
- Olivetti Manoukian F., (2002), *Il circolo virtuoso conoscenza-azione, il perno della ricerca-azione*, *Animazione Sociale* n.5
- Olivetti Manoukian F., (2002), *Presupposti ed esiti della ricerca-azione*, *Animazione Sociale* n.11

NSW Health Department, (2001), *A Framework for Building Capacity to Improve Health*
(www.health.nsw.gov.au)

Palumbo M., (2002), *Il processo di valutazione – Decidere, programmare, valutare*, Franco Angeli, Milano

Pawson R., Myhill A., (2001), *Learning lessons: Enhancing evaluation through research review*, TRL limited

Studio APS, *Ridefinire metodologie e strumenti di valutazione in una prospettiva dialogica*, (Gruppo di lavoro sulla valutazione dello Studio APS)

WHO Regional Office for Europe's Health Evidence Network (HEN), febbraio 2006, *What is the evidence on effectiveness of empowerment to improve health?*

WHO Regional Publications, *Evaluation in health promotion, Principles and perspectives*, 2001

Zaza et al. *Methods for conducting systematic reviews of the evidence of effectiveness and economic efficiency of interventions to reduce injuries to motor vehicle occupants*, American Journal of Preventive Medicine 2001; 21 (4S)

SITOGRAFIA

www.cevas.it

www.valutazione.it

www.health.nsw.gov.au

www.nigz.nl

www.uniteway.org/outcomes/

www.dors.it

www.epicentro.iss.it

Questionario di valutazione dello sviluppo organizzativo e delle competenze professionali legate al percorso del Progetto Multicentrico

Con il presente questionario ci proponiamo di valutare in che misura il Progetto Multicentrico ha prodotto:

- a) un aumento delle **competenze professionali**;
- b) un **cambiamento di comportamenti organizzativi**;
- c) una maggiore **collaborazione e integrazione** con il territorio.

Le chiediamo di rispondere segnando con una X quanto ciascuna affermazione descrive la sua esperienza

Nel questionario si fa riferimento al “Percorso del Multicentrico” con tale definizione intendiamo le diverse fasi che hanno portato alla elaborazione/ realizzazione/ valutazione dei progetti modulari che compongono il Progetto Multicentrico, cioè:

- a) Laboratorio “Pensare il Multicentrico, Progettare il Multicentrico”
- b) Redazione dei progetti
- c) Costituzione dei gruppi di progetto
- d) Pianificazione degli interventi modulari
- e) Realizzazione degli interventi
- f) Raccolta dati e valutazione di impatto

Nel compilare il questionario le ricordiamo che non esistono risposte giuste o sbagliate: la migliore è quella che più si avvicina alla sua esperienza.

Il **questionario è anonimo**, pertanto quando avrà terminato di compilarlo Le chiediamo di inviarlo via e-mail alla segreteria DoRS doroty.cialini@dors.it utilizzando una casella di posta anonima (ad esempio quella intestata al servizio di appartenenza).

PARTE PRIMA: Dati anagrafici

1. Sesso: M _ F _

2. Et  : _____

3. Titolo di studio:

- Licenza media
- Istituto professionale o simile
- Scuola media superiore
- Diploma universitario
- Laurea

4. Incarico professionale ricoperto:

- Medico
- Collaboratore professionale sanitario
- Tecnico della prevenzione ambientale
- Psicologo
- Educatore
- Assistente sociale
- Altro....

5. ASL di appartenenza: _____

6. A quali fasi del Percorso Multicentrico Incidenti Stradali ha partecipato? (è possibile segnare più di una risposta)

- a) Laboratorio Multicentrico
- b) Redazione del progetto
- c) Pianificazione dell'intervento
- d) Formazione operatori
- e) Formazione destinatari intermedi
- f) Intervento con destinatari finali
- g) Valutazione di impatto e restituzione dati raccolti

7. Che compiti ha svolto all'interno del gruppo di lavoro/progetto? (è possibile segnare più di una risposta)

- a) coordinare il gruppo di progetto
- b) coordinare sotto gruppi
- c) pensare e organizzare la formazione
- d) prendere contatti con altri enti
- e) preparare materiale informativo/comunicativo (volantini, depliant, locandine, ecc)
- f) svolgere l'intervento centrale previsto dal progetto (intervento educativo con i ragazzi, postazione nelle feste, ecc)
- g) elaborare dati raccolti
- h) redigere documenti amministrativi
- i) organizzare incontri di restituzione/convegni ecc
- l) (altro).....

PARTE SECONDA: Competenze professionali							
COMPETENZE PROFESSIONALI	Quanto ritiene che la partecipazione al Progetto Multicentrico abbia incrementato le seguenti competenze/capacità?						
	1. Accedere a documenti e articoli utili alla progettazione di interventi	Per niente	pochissimo	poco	abbastanza	molto	moltissimo
	2. Utilizzare le buone pratiche nella progettazione di interventi di promozione della guida responsabile						
	3. Analizzare criticamente le prove di efficacia relative ad interventi di prevenzione degli incidenti stradali						
	4. Esaminare e utilizzare dati quantitativi e qualitativi (es. epidemiologici, sociologici, ecc)						
	5. Lavorare in gruppo aziendale, interaziendale e multidisciplinare						
	6. Integrarsi efficacemente con i colleghi che hanno ruoli e compiti diversi						
	7. Creare alleanze con il territorio finalizzate alla sostenibilità e al successo del progetto						
	8. Gestire la complessità dei progetti di promozione della salute						
	9. Utilizzare un modello teorico "rigoroso" per la progettazione di interventi di promozione						
10. Individuare/selezionare modelli di cambiamento dei comportamenti individuali							

	11. Pianificare la valutazione di un intervento di promozione	- - -	- -	-	+	++	+++
	12. Gestire le difficoltà incontrate nella realizzazione del progetto multicentrico modulare	- - -	- -	-	+	++	+++
	13. Aggiornare le proprie conoscenze relative alla prevenzione degli incidenti stradali	- - -	- -	-	+	++	+++
	14. Utilizzare con più padronanza, in ambito professionale, conoscenze apprese ed esperienze svolte	- - -	- -	-	+	++	+++

PARTE TERZA: Sviluppo organizzativo

SVILUPPO ORGANIZZATIVO	La modalità di lavoro proposta dal Progetto Multicentrico ha favorito/consentito/promosso:							
	...nella sua ASL							
	15. L'adozione di procedure che assegnano l'incarico di valutare/predisporre programmi di prevenzione incidenti stradali ad un referente/gruppo "riconosciuto"	Per niente	pochissimo	poco	abbastanza	molto	moltissimo	
		- - -	- -	-	+	++	+++	
	16. L'inserimento, da parte del dirigente, di obiettivi di promozione/prevenzione incidenti stradali tra gli obiettivi del servizio a cui appartiene	- - -	- -	-	+	++	+++	
	17. L'inserimento, da parte del dirigente, di obiettivi di promozione/prevenzione incidenti stradali tra gli obiettivi della sua figura professionale	- - -	- -	-	+	++	+++	
	18. Strategie che favoriscono l'attenzione, il monitoraggio e il sostegno di programmi di prevenzione degli incidenti stradali	- - -	- -	-	+	++	+++	
	19. La sperimentazione del lavoro multidisciplinare	- - -	- -	-	+	++	+++	
	20. Il lavoro Multisetoriale che prevede collaborazione tra servizi diversi (sert, psicologia, epidemiologia, prevenzione...)	- - -	- -	-	+	++	+++	
	21. Il confronto di visioni diverse rispetto al problema incidenti stradali	- - -	- -	-	+	++	+++	
	22. La costituzione formale di un gruppo "incidenti stradali"	- - -	- -	-	+	++	+++	
23. Il riconoscimento* da parte della dirigenza delle competenze da lei acquisite e del ruolo svolto nel progetto	- - -	- -	-	+	++	+++		
* si fa riferimento a Lei quando in azienda si deve affrontare il tema inc.stradali e abuso di alcolici, le viene offerta formazione sull'argomento ecc...								

24. L'assegnazione/concessione da parte della dirigenza di risorse materiali (es uso pc, segreteria amministrativa, acquisto libri, ecc) per il progetto	- - -	- -	-	+	++	+++
25. Una leadership (conduzione del gruppo di progetto) chiara	- - -	- -	-	+	++	+++
26. Una leadership riconosciuta da tutti	- - -	- -	-	+	++	+++
27. Una responsabilità del progetto concordata e condivisa	- - -	- -	-	+	++	+++
...nel suo quadrante						
28. Il lavoro e la collaborazione tra servizi diversi (sert, psicologia, epidemiologia, prevenzione...)	- - -	- -	-	+	++	+++
29. La modalità di lavoro interaziendale	- - -	- -	-	+	++	+++
30. Il confronto di visioni diverse rispetto al problema incidenti stradali	- - -	- -	-	+	++	+++
31. Il confronto di visioni diverse rispetto al progetto condotto	- - -	- -	-	+	++	+++
32. La costituzione formale di un gruppo "incidenti stradali"	- - -	- -	-	+	++	+++
33. Una leadership (conduzione del gruppo di progetto) chiara	- - -	- -	-	+	++	+++
34. Una leadership riconosciuta da tutti	- - -	- -	-	+	++	+++
35. Una responsabilità del progetto concordata e condivisa	- - -	- -	-	+	++	+++

PARTE QUARTA: Collaborazioni/Alleanze

COLLABORAZIONI/ALLEANZE	Il percorso del Progetto Multicentrico ha...						
	36. Orientato il vostro progetto a cercare alleanze con enti e associazioni del territorio	Per niente	pochissimo	poco	abbastanza	molto	moltissimo
		- - -	- -	-	+	++	+++
	37. Promosso il coinvolgimento di altre organizzazioni del territorio	- - -	- -	-	+	++	+++
	38. Incoraggiato il vostro progetto a ri-orientarsi sulla base dei feed back ricevuti dalle organizzazioni coinvolte	- - -	- -	-	+	++	+++
39. Messo in atto strategie e modalità per "rinforzare" le collaborazioni attivate e per mantenerle nel tempo	- - -	- -	-	+	++	+++	

Questionario di valutazione dell'autoefficacia personale e professionale

Con il presente questionario, ci proponiamo di misurare alcune variabili connesse alla partecipazione a questo gruppo di formazione. Le chiediamo di compilarne una copia ora ed una copia al termine del corso, per questa ragione è previsto l'inserimento di un codice segreto che ciascuno sceglie per sé.

Le affermazioni qui di seguito riportate descrivono alcune esperienze che riguardano l'attività lavorativa. La preghiamo di indicare quanto ritiene di essere capace di mettere in atto i comportamenti che di volta in volta vengono citati, mettendo una crocetta sul numero corrispondente alla Sua esperienza. Non ci sono risposte giuste o sbagliate. La migliore risposta è la più spontanea.

Data		Codice Personale	
-------------	--	-------------------------	--

Sesso	M	F	Età		Ruolo Professionale	
--------------	----------	----------	------------	--	----------------------------	--

1	2	3	4	5
Per nulla capace	Poco capace	Mediamente capace	Abbastanza capace	Molto capace

Autoefficacia personale professionale generale

Quanto ritiene di essere capace di:

1. Assolvere con tempestività alle richieste del Suo **ente professionale di appartenenza**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Imparare quanto necessario per prestare la Sua **azione professionale**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Mantenere alto il morale di fronte alle difficoltà

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Gestire lo stress derivante dalla Sua professione

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Evitare di farsi sopraffare dalle richieste **dei Suoi superiori**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Concordare con i Suoi **colleghi i carichi di lavoro**

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Evitare che l'attività lavorativa interferisca con la Sua vita privata (con la Sua famiglia, il Suo partner, ecc.).

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Ottenere la fiducia e la stima di tutti i Suoi colleghi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Ottenere la fiducia e la stima del **dirigente**.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

10. Dominare le emergenze e gli inevitabili imprevisti del Suo lavoro.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

11. Organizzare il Suo lavoro e di rispettare gli impegni assunti, anche in presenza di imprevisti e urgenze.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

12. Essere sempre all'altezza delle responsabilità che Le vengono assegnate.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

13. Appianare le controversie più spinose con i colleghi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

14. Impiegare al meglio le risorse umane delle quali dispone.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

15. Integrarsi efficacemente con i colleghi delle altre funzioni.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Autoefficacia personale professionale nell'ambito del gruppo di formazione PPA

Quanto ritiene di essere capace di:

1. Mantenersi aggiornato/a riguardo alle conoscenze necessarie per esercitare il Suo lavoro inerente la prevenzione degli incidenti stradali.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Coordinarsi con le altre figure professionali che si occupano di prevenzione e che partecipano al gruppo di lavoro dei partecipanti al laboratorio PPA.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Superare le difficoltà che si incontrano nel perseguire gli obiettivi del gruppo di lavoro dei partecipanti al laboratorio PPA.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Usare in maniera adeguata le conoscenze apprese come efficaci strumenti di lavoro nell'ambito della prevenzione degli incidenti stradali.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Coinvolgere nelle varie attività di prevenzione degli incidenti stradali anche i colleghi più resistenti e difficili.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

6. Affrontare efficacemente le difficoltà relazionali all'interno del gruppo di lavoro dei partecipanti al laboratorio PPA.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

7. Adattare le conoscenze discusse nel gruppo alle esigenze specifiche del Suo territorio.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

8. Trasmettere entusiasmo ai colleghi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

9. Contribuire in maniera produttiva alla pianificazione del lavoro all'interno del gruppo di lavoro dei partecipanti al laboratorio PPA.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Autoefficacia collettiva professionale del gruppo di formazione PPA

Quanto ritiene che questo gruppo di lavoro sia capace di:

1. Esercitare un'importante azione di **prevenzione degli incidenti stradali** sul territorio.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

2. Realizzare pienamente tutti gli **obiettivi previsti**.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

3. Superare con successo le difficoltà connesse alla prevenzione degli incidenti stradali.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

4. Favorire l'adattamento delle nuove conoscenze acquisite alle esigenze specifiche dei singoli territori per progettare azioni preventivo/educative efficaci.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

5. Operare insieme per garantire il miglior funzionamento **del processo di formazione**, anche di fronte ai problemi più spinosi.

1	2	3	4	5
---	---	---	---	---

Idea di prevenzione

Per me **la prevenzione in ambito sanitario** è:

utile -----inutile
 facile-----difficile
 realistica-----utopistica
 diffusa-----localizzata
 flessibile-----rigida
 omogenea-----disomogenea
 organizzata-----disorganizzata
 adeguata-----inadeguata
 aggiornata-----"antica"

Idea di prevenzione legata agli incidenti stradali

Dal mio punto di vista **la prevenzione degli incidenti stradali** va intesa come:

