

**Guadagnare Salute in adolescenza:
ricognizione delle esperienze di prevenzione e
promozione della salute in Italia**

Report finale

Progetto realizzato nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal
Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM)

Agosto 2009

Report finale del progetto di "**Monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza**" nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM).

Il documento è stato realizzato, grazie al finanziamento del Ministero della Salute (capitolo 4393/2004 – CCM), nell'ambito dell'attività di ricognizione di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti delle regioni italiane, rientrante nel quadro più ampio del progetto nazionale denominato "Guadagnare salute negli adolescenti", promosso dal CCM - Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie.

Responsabile del progetto

M. Elena Coffano

Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute - DoRS

ASL TO 3 Via Sabaudia, 164, Grugliasco (Torino)

Tel. 011 40188210 Fax 011 40188501

Il gruppo di lavoro è composto da:

Azzarito Caterina, Dipartimento tutela della salute e politiche sanitarie della Regione Calabria
Bocchini Claudio, Agenzia Regionale Sanitaria delle Marche
Coffano Maria Elena, Brigoni Patrizia, Bruno Donatella, Capra Paola, Longo Rita, Marighella Massimo, Scarponi Sonia, DoRS - Regione Piemonte
Contu Paolo, Aliberti Rosanna, Mereu Alessandra, Sotgiu Alessandra, Università di Cagliari
Coppola Liliana, Barbieri Federica, ASL provincia di Pavia - Centro di documentazione in educazione sanitaria e promozione della salute (CenDES)
De Nucci Concetta, ASL Foggia 1 San Severo
Umberto Nizzoli, Covri Chiara, Giovannelli Luca, Montali Francesca, Az.USL Reggio Emilia
Frazzica Rosa Giuseppa, Indorato Eleonora, Nastasi Alessia, CEFPAS Centro per la formazione e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario della Regione Sicilia
Pilotto Laura, Pascetti Stefania, Progetto OMS Città Sane di Udine, Dipartimento Politiche Sociali, Educative e Culturali del Comune di Udine
Russo Krauss Pio, ASL Napoli 1 - Centro di documentazione e ricerca sull'ambiente e la salute (CEDRAS)
Manzoli Lamberto, Di Corcia Tiziana, Agenzia Sanitaria Regionale dell'Abruzzo
Mirandola Massimo, Carbone Sara, Castellani Enrica, CRRPS Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute – Az.ULSS 20 di Verona
Orsi Mariella, D'Angelo Daniela, Az.USL 10 - Ce.S.D.A. Centro Studi, Ricerca e Documentazione su Dipendenze e AIDS, Toscana - Silva Alberto, U.O. Educazione alla Salute Az.USL 11 Empoli
Pocetta Giancarlo, Franchi Paolo, Università di Perugia - CSES (Centro sperimentale per l'Educazione Sanitaria); Regione Umbria – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Servizio VII Prevenzione
Tarsitani Gianfranco, Candura Fabio, Di Filippo Francesco, Ventola Marco, Università La Sapienza di Roma

Si ringraziano Donatella Bruno e Fiorenza Colombo (DoRS) per la preziosa collaborazione nell'impostazione editoriale del quaderno

INDICE

Premessa	7
1 INTRODUZIONE: caratteristiche dell'adolescenza e propensione al rischio.....	9
1.1 caratteristiche dell'adolescenza e propensione al rischio.....	9
1.2 Determinanti di salute e alcune indicazioni progettuali.....	12
2 IL PROGETTO: motivazione e obiettivi	16
2.1 Guadagnare salute negli adolescenti	16
3 IL PROCESSO DI COSTITUZIONE DELLA RETE	19
3.1 Il contatto e coinvolgimento dei Centri.....	19
3.2 Avvio del progetto.....	20
4 ATTIVITÀ SVOLTE: la ricognizione e la raccolta dei progetti.....	22
4.1 Metodologia utilizzata.....	22
4.2 Le ricognizioni regionali.....	24
4.2.1 ABRUZZO	25
4.2.2 CALABRIA	27
4.2.3 CAMPANIA	29
4.2.4 EMILIA-ROMAGNA.....	32
4.2.5 FRIULI VENEZIA GIULIA.....	35
4.2.6 LAZIO.....	46
4.2.7 LOMBARDIA.....	52
4.2.8 MARCHE.....	55
4.2.9 PIEMONTE	57
4.2.10 PUGLIA.....	63
4.2.11 SARDEGNA	69
4.2.12 SICILIA.....	72
4.2.13 TOSCANA.....	79
4.2.14 UMBRIA	85
4.2.15 VENETO	93
4.3 Aggiornamento e adattamento della struttura della banca dati Pro.Sa.....	95
5 ANALISI DEI PROGETTI RACCOLTI	97
5.1 Descrizione generale.....	97
5.2 Descrizione per area tematica.....	102
5.2.1 ALIMENTAZIONE ED ATTIVITÀ FISICA	102
Distribuzione geografica.....	102

Distribuzione per <i>setting</i>	109
Distribuzione per target	112
Distribuzione in base ai criteri individuati per la prima selezione.....	116
5.2.2 INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI E SALUTE SESSUALE	
122	
Distribuzione geografica.....	123
Distribuzione per <i>setting</i>	124
Distribuzione per target	125
Distribuzione in base ai criteri individuati per la prima selezione.....	127
5.2.3 DIPENDENZE	128
Premessa	128
Introduzione	129
Descrizione generale.....	129
Distribuzione per Regione	129
Soggetti (o attori) coinvolti partecipanti al progetto.....	130
Distribuzione del numero di “soggetti partecipanti al progetto” (o enti coinvolti)	
.....	132
Distribuzione territoriale del numero di partecipanti ai progetti – per area	
geografica	133
Luoghi di intervento	135
Metodologia utilizzata nei progetti	136
Incrocio di variabili – luogo di intervento/metodo utilizzato.....	137
Le modalità di svolgimento del metodo	137
Le finalità del progetto.....	140
La sostenibilità	140
Gli elementi di buona progettazione.....	141
Gli aspetti salienti dei progetti e l’ipotesi di un “indicatore”	142
Il risultato: l’Indicatore PESATO	143
Note finali	144
5.2.4 SALUTE MENTALE	145
Distribuzione geografica.....	145
Distribuzione per <i>setting</i>	148
Distribuzione per target	151

Distribuzione in base ai criteri individuati per la prima selezione (9 giugno 2008)	153
5.2.5 INCIDENTI STRADALI.....	157
6 CONCLUSIONI	163
6.1 Le informazioni raccolte con la ricognizione (aspetti positivi e aspetti problematici)	163
6.2 La realizzazione del progetto e il suo processo (aspetti positivi e aspetti problematici)	166
6.3 Prospettive per il futuro	167
BIBLIOGRAFIA.....	170
a) Alcuni riferimenti su promozione della salute, buone pratiche, adolescenti.....	170
b) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti e comportamento sessuale:	171
c) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti e salute mentale:.....	171
d) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti, alimentazione, attività fisica.....	173
GLOSSARIO	176
ELENCO DELLE TABELLE E DEI GRAFICI PRESENTI NEL REPORT	
ALLEGATO A: accordo Ministero della Salute e ASL 5 Collegno	
ALLEGATO B: modello convenzione con i Centri	
ALLEGATO C: scheda rilevazione dei progetti predisposta da DoRS	
Allegato c1: scheda rilevazione DoRS per gli interventi (associati ai progetti)	
Allegato c2: scheda rilevazione DoRS per gli interventi informativo-comunicativi	
ALLEGATO D: aggiornamento ricognizione Liguria (al 30 giugno 2009)	
ALLEGATO E: aggiornamento analisi generale dei prodotti raccolti al 30 giugno 2009	
ALLEGATO F: alcuni commenti relativi al paragrafo dell'analisi dei progetti afferenti all'area tematica Dipendenze e all'analisi statistica effettuata	

Premessa

Questo report è il prodotto finale di un progetto nazionale che ha coinvolto 15 centri studi e di documentazione in un'attività di ricerca di interventi preventivo-educativi rivolti agli adolescenti.

Il progetto denominato "**Attività di ricognizione dei progetti ed interventi di Prevenzione e Promozione della Salute negli adolescenti nelle Regioni italiane**" è stato promosso e finanziato nel 2006 dal CCM, Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie, ente del Ministero della Salute italiano.

La ricognizione aveva lo scopo principale di dare una rappresentazione il più possibile completa e veritiera delle attività di Prevenzione - Educazione - Promozione della Salute che gli enti pubblici e privati rivolgono agli adolescenti, con particolare attenzione ad alcune aree tematiche che la letteratura internazionale rivela come precipue (*cf. capitolo 2 per il progetto nel dettaglio*).

Tale ricognizione - a cui i Centri regionali contattati hanno aderito con interesse ed entusiasmo, sotto la guida/supervisione/coordinamento del DoRS (Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute), Regione Piemonte - ha consentito di raccogliere una grande mole di informazioni e materiali: è pertanto spontaneamente nata l'esigenza (condivisa da tutti gli aderenti) di produrre un documento che testimoniassse l'esperienza.

Articolazione del report:

- capitolo primo - introduzione: rassegna sintetica della letteratura rilevante sui comportamenti a rischio in adolescenza;
- capitolo secondo: presentazione dettagliata del progetto;

- capitolo terzo: avvio del progetto e attività svolte;
- capitolo quarto: descrizione della metodologia utilizzata per la ricognizione, con schede di dettaglio a cura dei singoli Centri regionali;
- capitolo quinto: analisi dei progetti raccolti nella banca dati Pro.Sa. (generale e per area tematica);
- capitolo sesto: discussione conclusiva e prospettive per il futuro;
- bibliografia: riferimenti generali su promozione della salute, buone pratiche e adolescenza, e riferimenti specifici alle singole aree tematiche
- glossario: voci e concetti non presenti nel glossario dell'OMS sulla promozione della salute
- allegati: documenti amministrativi, strumenti operativi, documenti di aggiornamento.

Obiettivo del report è: documentare e diffondere ciò che in Italia si fa in ambito di prevenzione e promozione della salute in Italia per/con gli adolescenti, nonché fornire strumenti utili per la programmazione e la gestione di interventi in tale ambito.

Destinatari del report sono:

- gli operatori sociali e sanitari e tutti coloro che sono impegnati nella progettazione, realizzazione e valutazione di interventi di Prevenzione ed Educazione per e con i ragazzi che possono trovare informazioni e materiali utili rispetto alle prassi esistenti sul territorio nazionale, al fine di riconoscersi e confrontarsi con modalità di lavoro variegate.
- Amministratori, politici locali e tutti quanti si trovino nella condizione di sviluppare programmi e politiche e di prendere decisioni che abbiano un impatto sullo stile di vita dei giovani
- rappresentanti del mondo accademico, operatori pari, consulta dei giovani, ecc.

In tale ottica, la promozione della salute non è responsabilità esclusiva del settore sanitario ma anche della politica e della comunità, e la salute viene vista come risorsa sociale, che dovrebbe diventare la scelta più facile per una popolazione costituita da soggetti attivi e maggiormente consapevoli della propria salute e dei determinanti ambientali che la influenzano (Milio, 1986).

Autori del report sono tutti i membri dei Centri studio, di ricerca e di documentazione che hanno partecipato al progetto del CCM (*cf. capitolo 2 per l'elenco dei Centri*).

1 INTRODUZIONE: caratteristiche dell'adolescenza e propensione al rischio

(a cura di Rita Longo e Sonia Scarponi)

1.1 *caratteristiche dell'adolescenza e propensione al rischio*

Mentre in passato l'adolescenza veniva considerata come un periodo di crisi (Dollard J, Doob I, Miller N, 1967), gli studi più recenti (Jessor, 1998; Bonino, 2005; Dolto, 2005) hanno contribuito a presentare un quadro in cui l'adolescenza è un periodo di transizione durante il quale l'adolescente affronta problemi e situazioni nuove (i cosiddetti "compiti evolutivi") che tenta di risolvere attraverso strategie adattive (*coping*). I "compiti evolutivi" derivano dalla "maturità" fisica (il corpo che cresce e si modifica), dalle pressioni culturali o dalle aspettative sociali, dalle aspirazioni o valori individuali.

Questi studi indicano tra le principali caratteristiche dell'adolescenza:

- la ricerca dell'autonomia psicologica;
- il conflitto fra dipendenza e indipendenza da genitori e adulti;
- la costruzione di nuove modalità relazionali con i pari;
- la scoperta della sessualità;
- la definizione dell'identità sessuale;
- la percezione del corpo che cambia in fretta;
- la sperimentazione di un'immagine corporea di sé in continuo mutamento.

Queste specificità del periodo adolescenziale comportano nuove esigenze e bisogni da soddisfare in termini adattivi e funzionali. Riuscire a rispondere in maniera funzionale a un compito comporta una maggiore probabilità di successo per i compiti futuri, e viceversa, un fallimento in tal senso può provocare nell'adolescente malessere, disapprovazione sociale e maggiore difficoltà nell'affrontare i compiti futuri.

Studi che adottano un approccio socio-psicologico (Palmonari, 2001; Bonino, S. 2005), hanno indagato in particolare l'importanza delle relazioni interpersonali (gruppo dei pari e famiglia) rispetto alla capacità di affrontare i difficili compiti evolutivi. È ormai confermato il fatto che il gruppo di pari (formale e informale) rappresenti un punto di riferimento sociale e normativo per l'adolescente (Engel e Hurrelmann, 1989), soprattutto laddove c'è un'alta identificazione tra ragazzo e gruppo (alta concordanza rispetto al valore assegnato allo specifico compito evolutivo, es. condivisione problemi

personali tra i membri del gruppo): ciò ha importanti implicazioni rispetto agli interventi educativi (il gruppo dei pari diventa una risorsa in grado di fornire sostegno emotivo, informativo e strumentale all'adolescente, in base al tipo di relazione che questi instaurerà col gruppo).

Per quanto riguarda il rapporto adolescente - genitori, alcuni studi (Palmonari, 2001) hanno dimostrato che l'elevata identificazione con il nucleo familiare (alla stregua di quanto accade col gruppo di pari) aumenta la probabilità di affrontare con successo un compito evolutivo; tenendo ben presente la necessità per i genitori di ridefinire il rapporto rispetto al figlio che cresce e non è più un bambino, è possibile comunque dire che resta forte e importante l'influenza genitoriale sull'adolescente, nonostante la contemporanea affiliazione di quest'ultimo al gruppo dei pari.

Alla luce di quanto detto, la sperimentazione del rischio nell'età adolescenziale si configura come un momento naturale di messa alla prova di sé in una fase di cambiamento e di crescita, che si avvia già dai 10-11 anni e che porterà all'implementazione di capacità e alla sperimentazione di nuove competenze che si affineranno negli anni.

L'adolescente desidera "rischiare", e pertanto adotta in maniera provvisoria comportamenti irregolari che (persino quelli appaiono i più irrazionali) sono il risultato di una valutazione e di una ricerca di adattamento (Lutte, 1997).

Ogni volta che supera un'esperienza azzardata, l'adolescente si sente potente, accettato, definito, e probabilmente sottovaluta le conseguenze negative di una scelta rischiosa a causa del cosiddetto "egocentrismo adolescenziale" (concetto sviluppato da Elkind nel 1967).

Nel tentativo di sistematizzare, potremmo individuare due modalità di sperimentazione del rischio, recentemente concettualizzate all'interno di teorie esplicative dei comportamenti a rischio dei giovani/adolescenti:

- *Sensation seeking* (concetto elaborato da Zuckerman negli anni '70,): pulsione ad esplorare nuove sensazioni emotive e fisiche, in modo "autocentrato", autonomo e che aiuti a vivere la propria identità (connesso alle esperienze comportamentali più diverse, in particolare però spiegherebbe l'uso di sostanze psicoattive, il comportamento sessuale, la guida pericolosa, ...).

- *Risk taking*: tratto di personalità che ricerca il piacere “eterocentrato”, legato alle relazioni sociali e basato su dinamiche di sfide interpersonali (comportamenti devianti e uso di sostanze illegali)

Risk taking è una delle caratteristiche più importanti dell'adolescenza, che include l'uso di sostanze, i comportamenti sessuali e altri comportamenti a rischio per la salute.

I comportamenti caratterizzati dal *risk taking* sono stati teorizzati da Richard Jessor (1991, 1998). Il modello di Jessor ha evidenziato che in adolescenza i comportamenti legati alla salute non si presentano in modo isolato ma costituiscono delle "costellazioni" rilevanti per il benessere della persona; tali comportamenti sono "sostenuti" dai cosiddetti fattori di rischio e fattori protettivi, che sono in interazione dinamica tra di loro, e agiscono a livello sociale, individuale, comportamentale e psico-sociale. In questa cornice teorica il comportamento problematico viene analizzato alla luce delle "funzioni" adattive a cui questo assolverebbe (Bonino S., Cattelino, E., Ciairano S. 2007).

Attualmente, sono in corso ricerche che mirano ad associare alcuni fattori psicologici (quali, ad esempio, l'egocentrismo e la pressione dei pari) a comportamenti caratterizzati da *risk taking*, al fine di individuare i predittori dei comportamenti a rischio (Handry - *paper EARA conference, Torino, 2008*).

Queste teorie esplicative dei comportamenti a rischio in adolescenza possono fornire importanti indicazioni relativamente a determinanti specificamente connessi con i comportamenti a rischio (comportamento sessuale, alimentare, ecc.), e criteri di progettazione e realizzazione degli interventi educativo-preventivi rivolti al target adolescenziale.

Qui di seguito vengono presentati brevemente alcuni spunti tratti dalla letteratura scientifica sull'argomento che indagano fattori di rischio e fattori protettivi in adolescenza: questa breve panoramica non è certamente esaustiva (né vuole esserlo), poiché sono davvero tanti gli studi e le ricerche che indagano le variabili che possono ostacolare o favorire l'insorgere di un comportamento rischioso durante l'età adolescenziale; l'intento è piuttosto di fornire spunti di riflessione che, se da una parte motivano l'attenzione da parte del CCM alle aree tematiche individuate per la

ricognizione, dall'altro possono fornire indicazioni utili per la progettazione di interventi efficaci.

1.2 Determinanti di salute e alcune indicazioni progettuali

Negli ultimi anni sono state fatte numerose ricerche sui fattori di rischio e di protezione nei confronti di situazioni a rischio e specifiche tipologie di comportamento (*cf. la review di Stattin H et al., 2004*).

Vediamo qualche esempio.

Per quanto riguarda il fenomeno degli **incidenti stradali**, tra i fattori protettivi implicati nella guida pericolosa (Cattelino E., Bertotto A., 2002):

- Attese di successo in ambito scolastico
- Ottimismo nei confronti della propria salute
- Attese di una vita familiare serena
- Sostegno dei genitori e controllo esercitato rispetto all'orario di rientro

Fattori di rischio individuali (Bonino, 2005):

- non corretta percezione del rischio
- attitudine al rischio
- la convinzione che un'assunzione moderata di alcol non produca alcun danno (lo dice il 60% di ragazzi che frequentano gli istituti superiori - secondo l'indagine AMR 2003)
- l'assunzione di alcol e sostanze psico-attive

Fattori di rischio sociali (Bonino, 2005):

- l'influenza sociale esercitata dagli amici, dalla famiglia e dal gruppo dei pari
- la cultura del contesto (ad esempio legata all'uso di alcol).

Per quanto riguarda il fenomeno delle **dipendenze**, secondo Neil Swan (*National Institute on Drug Abuse, USA*) i fattori di rischio implicati nell'uso di droghe sarebbero:

- Introversione - timidezza - aggressività - irritabilità - tendenza alla ribellione
- Uso di sostanze nel gruppo di appartenenza

E tra i fattori protettivi cita:

- Avere buoni risultati scolastici
- Essere impegnati in attività dopo-scuola
- Avere solidi legami affettivi familiari

Per quanto riguarda le aree dell'**alimentazione** e **attività fisica**, i fattori di rischio correlati con le abitudini non salutari e i comportamenti scorretti assunte/i durante l'infanzia e l'adolescenza (progetto SMASH 2, 2002; ISTAT, 2002; Ministero Pubblica Istruzione 2007) sarebbero i seguenti:

- mancanza di tempo libero, orari irregolari e assenza di motivazione fanno sì che la pratica dello sport diminuisca tra i 16 e i 20 anni in modo continuo sia per le ragazze che per i ragazzi
- generalizzazione dell'utilizzo di veicoli a motore, prolungamento del tempo per recarsi al lavoro, orari difficili, attrazione per attività di svago, assenza di una politica d'incitamento indirizzata ai giovani inattivi, mancanza di strutture sportive adeguate
- scarsa conoscenza del rapporto tra attività fisica e salute e dell'interazione tra alimentazione ed attività fisica;
- scarsa (o non) capacità di gestione del proprio tempo libero;
- scarsa fiducia nelle proprie potenzialità a praticare attività fisica;
- temperamento chiuso del soggetto;
- impazienza di fondo (tendenza al "voglio tutto e subito", ad esempio: il ragazzo torna a casa , ha fame e se non c'è nulla di pronto apre il frigo e mangia quello che trova)
- Presenza in famiglia di genitori obesi o in sovrappeso

Tra i fattori protettivi ambientali, rispetto al contesto scuola, il report 2002 dell'EPPI CENTRE cita:

- la disponibilità di cibi salutari a scuola
- il coinvolgimento degli insegnanti nelle attività educativo che si svolgono in classe

Per quanto concerne i **comportamenti sessuali**, la sperimentazione della sessualità e dell'affettività è una delle sfide con cui gli adolescenti devono fare i conti, più o meno urgentemente: i giovani sessualmente attivi in età precoce (prima dei 15 anni) sembrano avere più difficoltà ad adottare comportamenti di protezione e contraccezione

(progetto SMASH-02, *salute e stile di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni in Svizzera, 2002*)

Famiglia, esperienza scolastica, amici e uso del tempo libero possono essere sia fattori protettivi sia fattori di rischio, in base alle loro caratteristiche e peculiarità (Bonino, 2005). Questo enunciato che appare così generale, spinge in realtà a considerare i comportamenti degli adolescenti non solo nelle loro specificità (tipo di comportamento) ma anche nelle loro similarità, e a riflettere sulla esistenza di fattori comuni.

Per quanto riguarda la vasta area tematica della **salute mentale**, lo studio svizzero SMASH-02 evidenzia che la maggioranza dei ragazzi generalmente si sente in buona salute, ma una proporzione importante (più elevata rispetto a dieci anni fa) ha delle difficoltà che manifesterebbe attraverso l'utilizzo della droga, una vita sessuale mal gestita, la violenza auto o etero aggressiva: l'ipotesi dello studio è che molti disturbi comportamentali siano in realtà una sorta di rilevatori del funzionamento psicologico degli adolescenti, e segnali di malessere.

I fattori di rischio che favoriscono l'emergere di comportamenti rischiosi sarebbero (studio HBSC, 2006, progetto Mindmatters di Louise Rowling, SMASH-02):

- l'abbandono precoce della scuola
- sintomi depressivi iniziali (una proporzione importante di ragazzi - 35% delle ragazze e 20% dei ragazzi secondo lo studio SMASH 2 - si sente a volte depressa al punto da aver bisogno di un sostegno)
- l'auto-percezione relativa all'immagine corporea (ancora secondo lo studio SMASH-02, il 40% delle ragazze e il 18% dei ragazzi si dichiarano insoddisfatti del proprio aspetto e del proprio corpo indipendentemente dall'età e dalla formazione)

Tra i fattori protettivi vengono individuati (progetto Mindmatters, progetto SMASH-02):

- l'effettivo coinvolgimento dei genitori nelle dinamiche scolastiche
- avere una cerchia familiare, scolastica, professionale e sociale ricca

Spostando l'attenzione dalla prevenzione del malessere psichico alla promozione della salute mentale in termini di benessere psico-fisico, scopriamo come la letteratura

enfattizzi l'importanza di realizzare interventi volti a cambiare gli atteggiamenti, a promuovere le competenze sociali e il senso di auto-efficacia negli adolescenti e nei giovani (Slater, 1989; Maibach & Flora, 1993; Kelly et al., 1990).

Le ricerche degli ultimi anni (Caprara et al., 2000; Bandura, 1996; Fuligni, 2002), hanno infatti messo in luce l'effetto benefico di capacità di autoregolazione e percezione di auto-efficacia, capacità di affrontare e risolvere i problemi, le abilità socio-relazionali ed empatiche (le cosiddette *life skills*), e l'effetto protettivo del sostegno sociale - abilità e situazioni che fornirebbero una sorta di "substrato protettivo ad ampio raggio" rispetto al coinvolgimento in più tipologie di condotte rischiose da parte degli adolescenti; in questo senso, la promozione della salute mentale attraverso il potenziamento di competenze e abilità potrebbe essere una base da cui partire, per poi proseguire con successivi o concomitanti interventi specifici preventivo-educativi.

Le evidenze ad oggi disponibili sulla efficacia degli interventi di promozione della salute mentale spingono gli operatori a rivolgere gli interventi preventivo-educativi ai fattori comuni sottostanti ai diversi comportamenti a rischio (Greenberg et al., 2001), soprattutto nel contesto scolastico (Jane-Llopis E, Mittelmark MB, 2005).

2 IL PROGETTO: motivazione e obiettivi

(a cura di Elena Coffano e Sonia Scarponi)

2.1 Guadagnare salute negli adolescenti

Attività di ricognizione di progetti e interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti delle regioni italiane

Nel 2006, nell'ambito della salute degli adolescenti, il CCM (Centro nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie) ha affidato alla Regione Piemonte il compito di coordinare il censimento di tutte le iniziative di Prevenzione e Promozione della Salute rivolte agli adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 24 anni, condotte nelle Regioni italiane. A tal fine, è sorta una rete nazionale di centri di documentazione, agenzie regionali e università che ha realizzato in 15 regioni italiane la ricognizione sistematica dei progetti e degli interventi, sulle seguenti aree di interesse:

- abitudini alimentari;
- attività fisica;
- infezioni sessualmente trasmissibili (IST);
- consumo di droghe e alcol;
- salute mentale;
- incidenti stradali.

La ricognizione è stata coordinata da DoRS - Centro regionale di documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte, che ha garantito l'organizzazione delle informazioni raccolte tramite un questionario costruito *ad hoc* e l'armonizzazione delle metodologie di lavoro scelte dai vari gruppi di lavoro in base alle proprie situazioni organizzative e territoriali.

I progetti censiti sono stati inseriti nella banca dati Pro.Sa., sviluppata da DoRS e catalogati mediante un'apposita scheda che ha rilevato: soggetti coinvolti, contesti operativi, attività, metodologie, modelli teorici, attività di valutazione, bisogni rilevati dagli operatori.

Con questo progetto, il CCM aveva l'obiettivo dichiarato di favorire il coordinamento e l'integrazione degli interventi ponendo particolare attenzione alla promozione della loro qualità. Da diverse ricerche emerge infatti che spesso gli interventi in questo settore sono isolati, settoriali, locali. Capita che non siano tracciati piani generali del lavoro o non siano evidenziati chiaramente gli obiettivi; oppure, non si effettua alcuna valutazione degli esiti e non si ha la possibilità di imparare dagli errori. L'analisi dell'esistente può consentire allora di studiare modalità di azione valide, efficaci, replicabili (le cosiddette “buone pratiche”), mettendo a disposizione materiali e metodologie validati e di provata efficacia.

Tabella 1 - Centri aderenti alla ricognizione e riferimenti istituzionali suddivisi per regione

Regione	Centro di riferimento	Responsabile	Indirizzo
Abruzzo	Agenzia Sanitaria Regionale	Prof. Lamberto Manzoli	Via Attilio Monti 9 - 65127 Pescara
Calabria	Regione Calabria - Dipartimento Tutela della Salute e politiche sanitarie - Servizio pianificazione, ricerca, innovazione ed epidemiologia	Dott.ssa Caterina Azzarito	Via E. Buccarelli 30 88100 Catanzaro
Campania	Azienda Sanitaria Locale Napoli 1 – Centro di Documentazione e Ricerca sull'Ambiente e la Salute (CEDRAS)	Dott. Pio Russo Krauss	Via Vicinale Campanile 156 - 80126 Napoli
Emilia-Romagna	Azienda USL Reggio Emilia - Programma Aziendale Salute Mentale e Dipendenze Patologiche; In collaborazione con: Lega italiana per la Lotta contro i Tumori – sezione provinciale di Reggio Emilia	Prof. Umberto Nizzoli	Ser.T. Via Amendola 2 Padiglione Tanzi - 42100 Reggio Emilia
Friuli Venezia Giulia	Comune di Udine – Dipartimento Politiche Sociali Educative e Culturali – Ufficio Integrato Progetto Città Sane	Dott.ssa Gianna Zamaro (referente tecnico) Chiara Gallo (referente amministrativo)	Viale Duodo 77 – 33100 Udine
Lazio	“Sapienza” Università di Roma. Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica“ G. Sanarelli”	Prof. Gianfranco Tarsitani	Piazzale Aldo Moro 5 – 00185 Roma
Lombardia	ASL Provincia di Pavia – CenDES Centro di Documentazione in Educazione Sanitaria e Promozione della Salute	Dott.ssa Liliana Coppola	Via Forlanini 2 – 27100 Pavia
Marche	Regione Marche Agenzia Regionale Sanitaria	Dott. Claudio Bocchini	Via Giannelli 36 – 60125 Ancona

Regione	Centro di riferimento	Responsabile	Indirizzo
Puglia	ASL Foggia 1 San Severo – Servizio per le Tossicodipendenze	Dott.ssa Concetta De Nucci	Viale Matteotti 38 – 71016 San Severo (FG)
Sardegna	Università di Cagliari – Dipartimento di Sanità Pubblica	Prof. Paolo Contu	Via Porcell 4 – 09124 Cagliari
Sicilia	CEFPAS – Centro per la Formazione Permanente e l'Aggiornamento del personale del Servizio Sanitario, Regione Sicilia	Dott.ssa Rosa Giuseppa Frazzica	Cittadella Sant'Elia - Via G. Mulè 1 – 93100 Caltanissetta
Toscana	Azienda USL 10 – Ce.S.D.A. Centro Studi , Ricerca e Documentazione su Dipendenze e AIDS	Dott.ssa Mariella Orsi	Via San Salvi 12 – 50135 Firenze
Umbria	Università di Perugia – CSES (Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria); Regione Umbria – Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali – Servizio VII Prevenzione	Dott. Giancarlo Pocetta	Via del Giochetto 6 – 06126 Perugia
Veneto	CRRPS Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute - Azienda ULSS 20 di Verona	Dott. Massimo Mirandola	Via Marconi 27 F – Regional Centre for Health Promotion – 37122 Verona

Oltre all'indagine conoscitiva, in Piemonte si sono costituiti alcuni gruppi di operatori e ricercatori con mandato regionale concernente l'elaborazione di proposte in merito a strategie, metodi e contenuti di interventi di promozione della salute per adolescenti, a partire dalle evidenze fornite dalla letteratura e dalle esperienze effettuate nella Regione. I gruppi tematici hanno lavorato nel corso del 2008 e nel 2009 sono giunti all'elaborazione di un documento (*Guadagnare salute negli adolescenti. Indicazioni operative. Pubblicazione della Regione Piemonte - CCM, 2009*) relativo a 3 ambiti tematici ritenuti prioritari (incidenti stradali, salute sessuale e dipendenze); tale documento è attualmente in fase di revisione e validazione. Sono inoltre in corso di elaborazione alcune rassegne della letteratura sui temi di interesse del progetto.

3 IL PROCESSO DI COSTITUZIONE DELLA RETE

(a cura di Patrizia Brigoni)

3.1 Il contatto e coinvolgimento dei Centri

In Italia operano numerosi centri studi e centri di documentazione, appartenenti a strutture pubbliche o ad enti del privato sociale, che si occupano di salute e sanità, sociale, scuola, e di altri temi legati alle realtà dell'infanzia, della famiglia, degli adolescenti e dei giovani.

I Centri compiono un'attività di raccolta, selezione, catalogazione e disseminazione di materiali rappresentativi. Rispondono alle esigenze di documentazione e studio del personale interno delle istituzioni, ai ricercatori ed agli operatori del settore dell'infanzia e dell'adolescenza, agli studenti universitari e a chiunque sia interessato a tali temi. Diverse sono le tipologie di documentazione trattate: libri, periodici, articoli, prodotti video, normativa nazionale ed internazionale, ricerche, tavole statistiche e progetti. Le informazioni raccolte sono diffuse attraverso banche dati, bibliografie, rassegne, newsletter, riviste, siti web, ecc.

Le attività di raccolta e disseminazione delle pubblicazioni e di altri materiali costituiscono una rilevante opportunità di crescita culturale; infatti, i centri studi e i centri di documentazione sono spesso caratterizzati da una costante attenzione al mutamento sociale e all'evolversi dei fenomeni di malattia, incidenti, rischio, integrazione, disuguaglianza, dipendenze e altre tematiche che si intrecciano con la realtà giovanile.

In molti casi, i centri studi e i centri di documentazione producono analisi, ricerche e dati statistici sulla condizione di vita dei minori e su fenomeni non ancora approfonditi o su problematiche connesse all'operatività di processi di riforma del sistema di assistenza e tutela della salute.

L'attività di documentazione costituisce in molti casi un sostegno alle politiche sociali ed educative per i minori e le famiglie supportando tali politiche a livello locale, regionale, nazionale ed internazionale contribuendo alla diffusione di adeguate e attendibili forme di conoscenza e consapevolezza, stimolando la programmazione e la progettazione di interventi e di servizi a loro favore, attuando interventi rivolti alla formazione degli operatori del settore attraverso la diffusione della conoscenza e l'analisi di informazioni e aspetti caratterizzanti la condizione dei bambini e degli adolescenti.

I centri studi e documentazione rappresentano, grazie all'attività di ricerca che realizzano, un sostegno naturale ed efficace all'attuazione del progetto "Guadagnare salute negli adolescenti" che ha fra i suoi obiettivi specifici il monitoraggio degli interventi rivolti agli adolescenti.

Per questo, il Centro di Documentazione DoRS ha contattato i centri studi e documentazione operanti nelle varie Regioni, ottenendo da loro piena e fattiva collaborazione. Alcuni dei centri di documentazione regionali hanno già avviato e sviluppato da anni un'esperienza di rete territoriale che si è dimostrata occasione proficua di lavoro comune e scambio di informazioni, saperi e risorse.

Nelle Regioni dove centri studi o documentazione non erano presenti si è ricercata la collaborazione di Enti regionali, Agenzie sanitarie regionali e Dipartimenti universitari con una vocazione ed un'esperienza di ricerca e documentazione nel settore dei minori o dell'adolescenza o, più in generale, in tematiche relative alla Promozione ed Educazione alla Salute. Il gruppo di ricerca costituitosi è oggi formato dai 15 centri regionali summenzionati.

3.2 Avvio del progetto

Il progetto è stato formalmente avviato il 26/02/2007, come comunicato al Ministero della Salute - CCM con nota ASL 5, prot. n. 20509 del 16/03/07, ed ha visto la presenza di Centri di 15 regioni: Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia-Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto. Con ciascun Ente gestore dei Centri, è stata sottoscritta una convenzione, su modello tipo distinto in "Università" e "altri Enti" – in considerazione della valenza didattica delle prime – per regolamentare i contributi di ciascuno e i compensi spettanti, coerentemente con quanto definito nell'Accordo (cfr. ALLEGATI A e B).

L'ASL 5 ha ricevuto la quota del 70% del finanziamento da parte del Ministero della Salute in data 1 agosto 2007 e ha quindi provveduto a versare ai centri coinvolti la quota di finanziamento spettante a ciascuno, prevista alla sottoscrizione delle singole convenzioni.

Nonostante alcune difficoltà iniziali legate alla diversa organizzazione amministrativa di ciascun Ente, le 15 Regioni e i diversi centri si sono intensamente adoperati per favorire

la buona riuscita del progetto, contribuendo alla creazione di un clima di lavoro sereno e produttivo.

A causa di alcune difficoltà amministrative è stato necessario prorogare il termine previsto inizialmente al 22 febbraio 2008; il Ministero ha accordato due successive proroghe, fino al 22 maggio e successivamente fino al 22 luglio 2008, per le quali sono stati sottoscritti appositi atti aggiuntivi.

I centri aderenti al Progetto si sono riuniti 5 volte. Queste le date degli incontri svoltisi tra Roma (presso la sede del CCM) e Torino (presso la sede dell'Assessorato Tutela e Sanità Pubblica della Regione Piemonte): 9 febbraio, 9 marzo, 22 maggio, 29 novembre 2007; 22 maggio 2008.

Gli incontri hanno perseguito i seguenti obiettivi:

- definire la strategia di ricerca;
- apprendere l'utilizzo della banca dati;
- verificare l'andamento del progetto;
- individuare i criteri di selezione delle "buone pratiche"

È stata inoltre creata un'area di lavoro comune all'interno del sito DoRS (<http://www.dors.it/prado/>), con password, curata dal referente informatico DoRS Massimo Marighella, implementata dai documentalisti dei Centri aderenti al progetto, allo scopo di favorire il lavoro a distanza attraverso lo scambio e la condivisione di materiali e di pareri.

La partecipazione alle riunioni nazionali è stata sempre molto alta e gli operatori dei vari centri regionali hanno collaborato nell'individuazione ed utilizzo di modelli di comunicazione e lavoro a distanza (es. comunicazioni via e-mail e area riservata del sito) che hanno affiancato e sostenuto gli "incontri in presenza".

Gli incontri sono stati un utile contenitore per raccogliere e tentare di dare risposte a dubbi, e valorizzare idee (ad esempio, è emersa la necessità di dare definizioni robuste sui diversi concetti di buone pratiche, *setting*, destinatari finali ed intermedi).

4 ATTIVITÀ SVOLTE: la ricognizione e la raccolta dei progetti

(a cura di Patrizia Brigoni, Rita Longo e Sonia Scarponi)

4.1 Metodologia utilizzata

La strategia di ricerca, concordata fra i centri partecipanti e pubblicata sul sito, ha lasciato aperte più possibilità per il reperimento dei progetti (dalla revisione di banche dati esistenti all'attivazione di contatti, anche attraverso l'intervista diretta dei responsabili o protagonisti dei progetti recensiti): ogni Centro poteva individuare la modalità più consona alla propria tradizione di rapporti con i servizi e più appropriata al proprio contesto. I ricercatori/documentalisti hanno pertanto reperito i progetti tramite i canali istituzionali (Regione, Aziende Sanitarie Locali, Comuni, Province, Associazioni, ecc.), l'intervista a testimoni privilegiati (ricercatori o esperti), o anche attraverso una ricerca in internet dei progetti relativi al proprio territorio ivi segnalati o pubblicati.

Le principali strategie di ricognizione dei progetti adottate sono così delineabili:

1. la selezione dei progetti da raccogliere è stata effettuata direttamente dagli operatori dei servizi ed enti locali, che hanno scelto autonomamente quali esperienze inviare; successivamente i documentalisti hanno compilato la scheda di rilevazione (cfr. ALLEGATI C, c1, c2), inserendo come allegati gli eventuali materiali in formato elettronico disponibili;
2. è stato realizzato un corso di formazione specifico per gli operatori locali, addestrandoli a compilare direttamente la scheda di rilevazione e ad inviare i materiali in formato elettronico;
3. sono stati realizzati degli incontri con i referenti per la Promozione della Salute delle ASL locali ed è stato loro chiesto di scegliere i progetti che ritenevano interessante recensire e condividere;
4. i documentalisti sono andati direttamente nei servizi ed hanno selezionato insieme agli operatori locali i progetti da raccogliere;
5. sono state inviate richieste scritte a vari enti e servizi: i progetti inviati in risposta sono stati successivamente inseriti tutti in banca dati;
6. sono stati raccolti progetti da vari enti e servizi, attraverso una richiesta verbale o scritta, sui quali è stata successivamente operata una selezione: i documentalisti hanno scelto di inserire in banca dati solo una parte dei progetti raccolti.

A queste diversità nelle modalità di raccolta dei progetti è legata in parte la disparità numerica di progetti raccolti tra le varie regioni, dovuta anche a iter burocratici diversi per i vari Centri.

Per quanto riguarda la selezione dei progetti censiti, sono stati adottati vari criteri in sequenza temporale: è stata effettuata una "estrazione preliminare" (9 giugno 2008) al fine di enucleare i progetti terminati, cioè in fase di stesura di redazione di relazione conclusiva con valutazione di processo e risultato; una "I selezione" (effettuata sempre il 9 giugno) ha riguardato l'individuazione delle cosiddette "buone pratiche", secondo alcuni criteri di buona progettazione dal punto di vista metodologico-formale stabiliti durante una riunione plenaria (maggio 2008) in base alle indicazioni fornite dalla letteratura.

Più precisamente sono stati selezionati i progetti:

- per i quali è stata attuata un'analisi del comportamento dei destinatari del progetto a livello locale;
- per i quali sono stati esplicitati i modelli teorici usati per la progettazione e per il cambiamento dei comportamenti;
- in cui sono stati citati e trasferiti esempi di buona pratica e/o prove di efficacia;
- per i quali è stata prevista ed effettuata una valutazione di processo (indipendentemente dal fatto che i materiali siano o non siano resi disponibili);
- per i quali è stata prevista ed effettuata una valutazione di risultato (indipendentemente dal fatto che i materiali siano o non siano disponibili).

Infine, si è giunti a ipotizzare una "II selezione", in base a dei criteri di contenuto (cosiddetti "criteri tematici"), specifici per ciascuno dei temi della ricognizione (ma questa attività, non rientrando tra gli obiettivi del censimento, è stata accantonata, con l'idea di riprenderla con un nuovo progetto - *cf. capitolo 6*)

Le principali difficoltà rilevate durante la ricognizione sono state:

- la scarsa autorevolezza dei centri rilevatori nel poter richiedere i progetti agli operatori; in alcuni casi si rilevava difficoltà a capire quale sarebbe stato il ritorno (personale e come servizio) nel mettere a disposizione il proprio lavoro;
- la confusione presente tra gli operatori rispetto alla contemporanea realizzazione di altri progetti di ricognizione nazionale coordinati dal CCM, tra cui la rilevazione del Formez (Centro di formazione e studi del Dipartimento della Funzione Pubblica) sui progetti multisettoriali e la ricognizione sulle dipendenze coordinata dalla Regione Toscana. Spesso alla confusione si accompagnava anche stanchezza da parte

degli operatori per la sollecitazione a partecipare ad iniziative quasi contemporanee e percepite come molto simili o sovrapponibili;

- i ritardi burocratici e amministrativi nelle procedure per la messa a contratto dei documentalisti, che hanno quindi avuto in alcuni casi molto poco tempo per reperire progetti e approfondire il materiale raccolto;
- la difficoltà a seguire il *follow-up* dei progetti o a raccogliere anche i risultati dei molti progetti recensiti in fase di redazione e di realizzazione;
- la riluttanza da parte di alcuni operatori (soprattutto nell'area *no-profit*) nel condividere i propri progetti, giustificata dal timore che il materiale venga “copiato” ed utilizzato da altri operatori, “bruciando” così la possibilità di presentare i propri progetti originali in bandi nazionali ed europei necessari al finanziamento del proprio lavoro;
- le difficoltà burocratiche da parte degli enti contattati nel poter consegnare progetti scritti e concordati tra diversi enti e servizi;
- la difficoltà nel reperire i molti progetti estemporanei che vengono realizzati nelle scuole soprattutto da liberi professionisti che non forniscono i propri progetti.

Gli aspetti positivi emersi sono stati in particolare la richiesta frequente da parte degli operatori contattati di ricevere formazione, in primo luogo sulla progettazione e la valutazione, e la creazione di nuove alleanze e reti di lavoro che potranno essere utili anche per altri futuri progetti.

4.2 Le ricognizioni regionali

Qui di seguito vengono riportati alcuni dati e commenti sulle rilevazioni effettuate e i progetti censiti, con schede di dettaglio a cura di ciascun Centro, che affrontano i seguenti punti:

- organizzazione della raccolta (composizione del gruppo di lavoro e modalità organizzative rispetto a ruoli e compiti);
- strumenti utilizzati;
- azioni specifiche intraprese e loro ragioni (eventuali attività di approfondimento di determinate aree geografiche o tematiche, appoggio particolare a centri locali esistenti, ecc.);
- completezza o parzialità della raccolta (rispetto alla situazione reale);
- selezione e inserimento in banca dati (modalità utilizzate).

Le schede di dettaglio a cura dei singoli Centri regionali contengono un'analisi dei progetti raccolti in banca dati a luglio 2008 (si è scelto tale periodo perché successivo alle estrazioni del 9 giugno 2008 e alla data di scadenza del progetto).

Inoltre, è stato predisposto e inserito come allegato (ALLEGATO D) un documento di aggiornamento concernente la rilevazione effettuata in Liguria. La Regione Liguria, rappresentata dall'Agenzia Regionale Sanitaria – ARS Liguria, ha aderito nel 2009 al "progetto di sviluppo e consolidamento della rete dei Centri di documentazione", che rappresenta la naturale prosecuzione della precedente "Attività di ricognizione dei progetti ed interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti nelle Regioni italiane" (*cf. capitolo 6*).

Si fa infine presente che alcuni Centri hanno deciso di "sperimentare" delle modalità di analisi specifiche, che hanno condiviso, ma non imposto, con gli altri Centri; la difformità (di formato, ma a volte anche di contenuto) tra le schede di dettaglio redatte dai Centri e inserite all'interno del report, pertanto, non rappresenta una differenza in termini di quantità e qualità del lavoro svolto e dei contenuti proposti: piuttosto, testimonia un'autonomia e una creatività che hanno caratterizzato l'operato dei Centri e che, per alcuni di loro, ha comportato l'avvio e la sperimentazione di attività nuove, in parallelo o in sequenza con le attività previste dal progetto e concordate tra i Centri.

4.2.1 ABRUZZO

(a cura di Tiziana Di Corcia e Lamberto Manzoli)

In riferimento alla Convenzione stipulata tra l'ASL TO 3 e l'Agenzia Sanitaria Regionale - ASR Abruzzo per la realizzazione *del Progetto di monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza*, nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal Centro Nazionale per la prevenzione e il controllo delle malattie (CCM), l'ASR Abruzzo ha individuato le seguenti figure professionali:

- Il Dott. Giuliano Lalli, quale Commissario straordinario dell'ASR Abruzzo dal 01/07/2008.
- Il Prof. Lamberto Manzoli, quale responsabile del Progetto e referente delle attività.
- La Dott.ssa Tiziana Di Corcia, quale documentalista del Progetto.

- Il Prof. Francesco Di Stanislao, quale direttore Generale dell'ASR Abruzzo fino alla data del 22/07/2008.

Il Prof. Lamberto Manzoli si è occupato dell'organizzazione e supervisione della raccolta dei materiali e, insieme alla documentalista, ha provveduto alla stesura dei report tecnici trimestrali previsti dall'Art. 3 della succitata convenzione. Inoltre, egli ha messo a disposizione propri materiali riguardanti l'oggetto della rilevazione.

La Dott.ssa Tiziana Di Corcia ha contattato, in modo informale e successivamente tramite l'invio di lettere ufficiali, le Autorità e gli Enti pubblici e privati della Regione Abruzzo. Ha provveduto inoltre alla raccolta, organizzazione e inserimento dei progetti nella banca dati Pro.Sa., ed alla scelta dei criteri tematici su alimentazione e attività sportiva con i Referenti di Campania, Umbria e Marche.

Nelle lettere sono stati richiesti i Progetti completi ed in particolar modo le informazioni necessarie alla compilazione della scheda progetto di Pro.Sa. Le informazioni mancanti sono state integrate mediante intervista condotta telefonicamente o di persona.

Agli Enti, unitamente alle lettere, è stata inviata una scheda di adesione al Progetto, utile per la raccolta delle informazioni dei referenti dei diversi progetti, come pure per l'autorizzazione alla pubblicazione dei dati in Pro.Sa.

Sicuramente la Provincia di Pescara, le ASL dell'Aquila, Lanciano/Vasto, Pescara e Avezzano/Sulmona e le scuole del territorio aquilano hanno apportato il contributo maggiore ed hanno dimostrato grande interesse e partecipazione per la rilevazione. Inoltre, alcuni dei progetti inseriti provengono da una Precedente Rilevazione dei Progetti di Prevenzione Primaria sulle tossicodipendenze promossa dal Ministero della Salute e messi a disposizione dall'Ufficio "Tossicodipendenze, Alcolismo e Tabagismo" della Regione Abruzzo.

La raccolta non rispecchia la situazione reale poiché la Provincia di Teramo non è ben rappresentata. Questo perché l'invio dei Progetti da parte del Servizio di Epidemiologia e Sanità Pubblica della Medicina di Comunità e dal Ser.T della ASL di Teramo, è stato effettuato con molto ritardo (23 Giugno 2008 e 20 Luglio 2008). Ben rappresentate invece sono le Province dell'Aquila, di Pescara e di Chieti, i cui materiali (Progetti, materiale informativo, materiale di sintesi, cd, dvd) sono stati inviati da scuole (elementari, medie e superiori), da Organizzazioni del Privato Sociale, ASL (Dipartimenti di Prevenzione, Servizi di Medicina di Comunità, Ser.T, SIAN, Medicina dello Sport, Servizi di Igiene Epidemiologia e Sanità Pubblica, Consulteri, Servizi di

Alcologia), dall'ARSSA (Agenzia Regionale per i Servizi di Sviluppo Agricolo – Abruzzo).

Il materiale raccolto è stato quasi totalmente inserito. Sono stati esclusi solamente i progetti provenienti dalle scuole elementari e dell'infanzia, quelli precedenti il 2003, e quelli non riguardanti le sei tematiche del Progetto "Guadagnare in salute negli adolescenti".

4.2.2 CALABRIA

(a cura di Caterina Azzarito)

Organizzazione della raccolta

L'ufficio Pianificazione, ricerca ed innovazione del Dipartimento Tutela della Salute della Regione Calabria ha provveduto alla creazione di una mappa regionale suddivisa per province ove ricade ciascuna Azienda Sanitaria Provinciale e gli Uffici scolastici provinciali.

La mappa è stata successivamente implementata attraverso la creazione di una lista di contatti e un'attenta ricerca di progetti regionali inerenti le 6 aree di intervento.

Per i destinatari dell'iniziativa, sono stati predisposti due differenti modelli di lettera:

- Una lettera, di tipo informativo, è stata destinata ai rappresentanti istituzionali dei diversi enti, con la finalità di comunicare l'avvio del progetto e le relative attività.
- L'altra lettera è stata inviata a referenti, responsabili, direttori che svolgono o coordinano attività inerenti la promozione della salute, con la richiesta di rendere disponibili eventuali progetti/interventi realizzati o in corso. A quest'ultima lettera è stata allegata una scheda di adesione che gli aderenti al progetto re-inviano compilata.

A tutti i servizi sanitari coinvolti e le scuole della Calabria è stata inviata una griglia di rilevazione dei progetti.

Ai fini della raccolta e dell'inserimento dei progetti sulla banca dati Pro.Sa. il predetto Dipartimento ha affidato, con proprio atto, all'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza – Distretto Praia/Scalea, la realizzazione delle attività, compreso l'incarico ai documentalisti, su selezione ai sensi della normativa vigente in materia. La raccolta dei progetti è stata curata da n. 6 documentalisti, dei quali tre hanno operato per le province di Cosenza e Reggio Calabria e tre per le province di Catanzaro, Crotone e Vibo

Valentia. I materiali sono stati raccolti su scheda di rilevazione e in formato cartaceo nelle 5 Aziende Sanitarie Provinciali. Gli Uffici provinciali scolastici hanno inviato l'elenco delle scuole e dei dirigenti scolastici ai quali è stata inviata nota specifica e griglia di rilevazione per la ricognizione dei progetti realizzati nelle scuole del territorio regionale. I documentalisti hanno proceduto all'inserimento nella banca dati Pro.Sa. di n. 117 progetti.

Strumenti utilizzati

Tutta la documentazione raccolta, relativa al periodo 2000/2006 è su formato cartaceo, alcuni stanno provvedendo all'invio di alcuni materiali e prodotti su supporto informatico.

Azioni specifiche intraprese e loro ragioni

Le attività intraprese sono state svolte con la collaborazione del Distretto di Praia/Scalea dell'Azienda Sanitaria Provinciale di Cosenza che risulta avere esperienza nel genere. In Calabria non esistono centri di documentazione né pubblici né privati, pertanto, il Dipartimento Tutela della Salute ha ritenuto istituire un centro di documentazione presso la propria sede, inserendo nel nascente portale dello stesso una banca dati dei progetti in materia di promozione della salute.

Completezza o parzialità

La raccolta rispecchia la situazione reale dei servizi sanitari regionali coinvolti. Per ragioni interne all'organizzazione aziendale, la Azienda di Vibo Valentia trasmetterà in seguito i loro documenti. Lo stesso vale per le scuole della Calabria.

Selezione e inserimento in banca dati

E' stato inserito tutto il materiale raccolto, in quanto già selezionato dai servizi che lo hanno trasmesso.

4.2.3 CAMPANIA

(a cura di Pio Russo Krauss)

Organizzazione della raccolta dati

Il CEDRAS, Centro di Documentazione e Ricerca sull'Ambiente e la Salute dell'ASL Napoli 1, costituito nel 1997, dal 2006 svolge la funzione di Centro di Coordinamento del Sistema Regionale di Documentazione sull'Educazione Sanitaria (in ottemperanza ad una delibera regionale) ed è, per tali motivi, una struttura riconosciuta da tutte le ASL della Campania che ha rapporti sistematici con le strutture aziendali di educazione alla salute. Inoltre nel 2005 presso l'Assessorato Regionale alla Sanità è stato costituito un Tavolo Tecnico Consultivo per le Attività di Educazione alla Salute a cui partecipano il responsabile del CEDRAS (nonché responsabile del Settore Educazione Sanitaria dell'ASL Napoli 1), i responsabili delle strutture di Educazione alla Salute di altre quattro ASL, il responsabile dell'Ufficio di Educazione alla Salute Regionale, un rappresentante dell'Osservatorio Epidemiologico Regionale e un rappresentante del Servizio Materno Infantile Regionale. Il Tavolo tecnico ha coadiuvato l'Assessorato alla Sanità nella stesura di un Atto di Indirizzo alle AA.SS.LL per le attività di educazione alla salute che indica tra l'altro che ciascuna ASL deve dotarsi di un'articolazione deputata a queste specifiche funzioni e documentare le attività svolte.

Tale contesto ha determinato la scelta di coinvolgere, fin dalla fase di organizzazione della raccolta dati, sia il Tavolo Tecnico Regionale sia i responsabili delle strutture di educazione sanitaria delle 13 ASL della Campania, individuandole come agenti della ricognizione delle attività svolte dalle diverse articolazioni aziendali e dalle varie agenzie educative e sociali presenti nei loro rispettivi territori. Si è proposta, inoltre, una modalità di contatto diretto (riunioni, incontri) con i vari attori identificati, per illustrare le finalità dell'iniziativa e le modalità di compilazione della scheda di ricognizione, ritenendo questa modalità più efficace rispetto al solo invio di note scritte o di contatti telefonici.

Per i progetti svolti in ambito scolastico si è deciso di coinvolgere l'Ufficio Scolastico Regionale.

Strumenti utilizzati e azioni intraprese

Per effettuare la ricognizione è stata definita una scheda di ricognizione partendo dalla scheda di immissione dati presente sul sito del DoRS, arricchita di alcuni *item* che allargassero il campo della ricognizione a tutti i possibili progetti di educazione alla

salute (anche quelli che non riguardavano gli adolescenti e che trattavano altri temi oltre quelli definiti dal DoRS). Si è in tal modo utilizzato il progetto Guadagnare salute negli adolescenti come spunto per effettuare una ricognizione complessiva delle attività di educazione alla salute in Campania.

Sono state altresì prodotte delle lettere da inviare ai Direttori Generali delle ASL e ai responsabili delle strutture di educazione alla salute e una bozza di lettera utile a tali strutture per coinvolgere le diverse articolazioni aziendali e le altre agenzie educative e sociali.

Le principali azioni intraprese sono state:

- riunioni con la Direttrice e gli operatori del Servizio Comunicazione Pubblica Sanitaria (servizio del quale il CEDRAS fa parte) per discutere le modalità per realizzare la ricerca, per definire i compiti e le azioni da svolgere, per verificare il lavoro svolto;
- elaborazione di una bozza di scheda di ricognizione;
- riunioni con tutti i responsabili delle strutture di educazione alla salute delle 13 ASL campane, al fine di coinvolgerli nell'indagine e definire strumenti e metodi;
- incontri con il responsabile dell'Educazione alla Salute dell'Assessorato alla Sanità della Regione Campania e con le responsabili del Settore Educazione alla Salute e del Settore IV dell'Ufficio Scolastico Regionale per la Campania (Settore deputato alla prevenzione delle dipendenze);
- spedizione a tutti i Direttori Generali delle ASL della Campania e ai responsabili delle strutture di educazione alla salute di una nota per invitarli a compiere la ricognizione delle attività di educazione alla salute svolte nelle loro ASL, allegando la scheda predisposta per la rilevazione delle attività;
- successivamente con una nuova nota (e tramite contatti telefonici con il responsabile della struttura di educazione sanitaria) sono state sollecitate le ASL che non avevano dato risposta.

Relativamente alla ricognizione nel territorio dell'ASL Napoli 1 (ASL di cui il CEDRAS fa parte) le principali azioni intraprese sono state:

- contatti con tutti i Direttori di Distretto e con tutti i Direttori di Dipartimento. In 9 dei 10 Distretti Sanitari si è tenuta una riunione con tutti i responsabili delle Unità Operative, per illustrare la ricerca, consegnare le schede da compilare e fornire informazioni sulle modalità di compilazione. Al medesimo fine si sono incontrati i Direttori dei seguenti dipartimenti: Salute Mentale, Prevenzione, Materno-Infantile,

Tossicodipendenze, Riabilitazione, Medicina di Base, Farmaceutico, Sociosanitario.

Si sono incontrati tutti i direttori sanitari dei 9 Presidi Ospedalieri;

- incontri con alcune associazioni e cooperative di Napoli (Cooperativa la Locomotiva, Associazione Asfodelo, Associazione Natural-menti, Associazione Marco Mascagna, WWF Campania, Lega per la Lotta Contro i Tumori, Associazione Nazionale Dentisti Italiani, Foramb) e con il Comune di Napoli per conoscere le attività svolte in campo educativo.

Azioni specifiche intraprese e loro ragioni

Le specificità della nostra ricognizione sono state:

- che non si è fatto ricorso a personale esterno all'Azienda (convenzione con un documentalista) ma al personale del Servizio Comunicazione Pubblica Sanitaria e del Dipartimento Formazione e Comunicazione;
- che la ricognizione ha riguardato tutte le attività di educazione alla salute svolte in Campania e non solo quelle rivolte agli adolescenti.

Alcune ASL hanno tardato molto ad inviare le schede e si è dovuto più volte sollecitarle. In alcuni casi tale ritardo veniva riferito alla difficoltà di compilazione della scheda da parte delle strutture aziendali o alla mancanza di personale che potesse essere impegnato in tale ricognizione. Per tali motivi di due ASL si è raccolta la documentazione dei progetti (relazioni, brochure, materiali informativi e didattici ecc.), successivamente la scheda di ricognizione è stata compilata dal CEDRAS sulla base delle informazioni ricavate dalla documentazione raccolta e da contatti telefonici con i responsabili.

Talvolta le schede consegnate non erano compilate in tutte le loro parti, per cui si è cercato di reperire le informazioni mancanti attraverso le relazioni di accompagnamento o i materiali allegati o tramite contatti telefonici con il responsabile del progetto.

Completezza/parzialità della ricognizione

Il numero di progetti raccolti dalle strutture di educazione alla salute delle 13 ASL campane differisce notevolmente. Nella ASL Napoli 1, ad esempio, il CEDRAS ha raccolto circa 90 progetti mentre la struttura aziendale dell'ASL Caserta 1 ha fatto pervenire un unico progetto il cui target, tra l'altro, non sono gli adolescenti. Tale disparità, a nostro giudizio, dipende dalla modalità con la quale è stata svolta la ricognizione e dai rapporti che la struttura di educazione sanitaria ha con le altre

articolazioni aziendali e agenzie educative e sociali, più che dall'effettiva differenza del numero di iniziative svolte.

Va inoltre detto che, malgrado si sia scelto di utilizzare una modalità di contatto diretto per la distribuzione della scheda di raccolta dati, tale metodologia è stata utilizzata solo in pochissime ASL.

Per le modalità con la quale si è svolta la ricognizione, essa fotografa soprattutto i progetti di educazione alla salute che vedono come attori o partner le ASL nelle loro diverse articolazioni. Quindi è presumibile che una parte consistente delle attività svolte da associazioni, cooperative, enti locali sia sfuggita all'indagine.

In conclusione crediamo che la ricognizione effettuata dal CEDRAS abbia raccolto la quasi totalità delle attività svolte dall'ASL Napoli 1 e gran parte di quelle svolte dalle altre ASL (con l'eccezione dell'ASL Caserta 1), ma è impossibile dire quanta parte dei progetti svolti da altre agenzie sia stata censita.

Selezione e inserimento in banca dati

Tutte le schede che concernevano attività di promozione della salute rivolte agli adolescenti sono state inserite nel database Pro.Sa. Tale lavoro si è protratto fino al gennaio 2009 per il ritardo con cui il CEDRAS si è unito al progetto e per il ritardo di trasmissione delle schede o del materiale documentario da parte di alcune ASL.

4.2.4 EMILIA-ROMAGNA

(a cura di Chiara Covri e Angiolina Dodi)

Organizzazione della raccolta

L'organizzazione è stata affidata alla referente del Centro Studi e di Documentazione del Sert dell'Az. USL di Reggio Emilia, Chiara Covri, in stretta collaborazione con il Servizio Salute Mentale, Dipendenze Patologiche e Salute nelle Carceri della Regione Emilia-Romagna (Area Dipendenze). Un contributo molto significativo, nella raccolta e catalogazione dei progetti, è stato dato dalla Lega Tumori – Sezione di Reggio Emilia, che insieme con la Regione Emilia-Romagna, la Provincia di Reggio Emilia, il Comune di Reggio Emilia e l'Az. USL gestisce Luoghi di Prevenzione (Centro di Didattica Multimediale per la Promozione della Salute).

I ricercatori Luca Giovanelli e Francesca Montali hanno raccolto e schedato i progetti. Sono stati presi contatti con gli assessorati regionali di pertinenza (politiche per la salute, scuola e lavoro, politiche sociali ed educative per l'infanzia e l'adolescenza, politiche per l'immigrazione, volontariato e terzo settore, cultura sport e progetto giovani). È stato contattato, inoltre, l'osservatorio della sicurezza stradale.

Anche in base alle indicazioni degli assessorati, è stato creato un indirizzario (indirizzi postali e di posta elettronica) di enti pubblici, privati e del privato-sociale (Aziende USL, comunità terapeutiche, cooperative sociali, scuole, comuni, associazioni di volontariato), per inviare a tutti i soggetti potenzialmente interessati e coinvolti nelle attività di prevenzione la proposta di aderire al progetto e di mettere a disposizione i materiali delle iniziative realizzate.

Tutte le categorie di soggetti interpellati hanno collaborato e hanno inviato le schede e/o i materiali relativi ai progetti da loro attuati.

Nella raccolta del materiale, è stato di notevole supporto al gruppo operativo la collaborazione della Rete Regionale dei Centri di Documentazione Dip&Doc della Regione Emilia-Romagna e dei Referenti Piani per la Salute delle Aziende USL: questi soggetti, infatti, hanno assunto l'impegno di raccogliere e trasmettere al Centro Studi e di Documentazione del Ser.T dell'Az. USL di Reggio Emilia i progetti delle rispettive Aziende e realtà territoriali (a livello di enti pubblici, privati e del privato sociale), svolgendo un'importante attività di interfaccia tra il gruppo operativo e i territori provinciali e favorendo una raccolta capillare e diffusa in tutte le province della Regione Emilia-Romagna.

Strumenti utilizzati

In accordo con la Regione Emilia-Romagna, è stata redatta una lettera di presentazione del progetto e di richiesta di invio di materiale presso il Centro di Documentazione del Ser.T dell'Az. USL di Reggio Emilia.

Sono state inviate, per posta e per posta elettronica, circa 500 copie della lettera, che è stata mandata sia ai responsabili (referenti per i piani per la salute, direttori di dipartimento salute mentale, dipartimento cure primarie, NPI, Ser.T, PASM (Programma Aziendale Salute Mentale e Dipendenze Patologiche), comunità terapeutiche, cooperative, scuole, assessorati alle politiche giovanili, politiche sociali, scuola, cultura, sanità provinciali e comunali), sia ai referenti/coordinatori di progetti, ricerche, sportelli,...

A chi ha aderito all'iniziativa, è stata inviata la griglia di rilevazione, con la richiesta di restituirla compilata.

Quando il materiale pervenuto era incompleto o non chiaro, i ricercatori hanno contattato il mittente per cercare di completare e chiarire i dati (contatti telefonici e attraverso e-mail).

Parallelamente, il gruppo operativo ha effettuato una ricerca in Internet per reperire progetti e interventi pubblicati su web.

Azioni specifiche intraprese e loro ragioni

Il Centro Studi e di Documentazione del Ser.T dell'Azienda USL di Reggio Emilia, in accordo con la Regione Emilia-Romagna, ha scelto di organizzare la raccolta e il censimento dei progetti a livello provinciale: per ciascuna delle nove province della Regione, sono stati contattati l'Azienda USL, i Centri di Documentazione, le comunità terapeutiche, la Provincia, i Comuni, le scuole, le associazioni di volontariato, le associazioni sportive, ecc.

La ragione di tale scelta risiede nella convinzione che, considerate la ricchezza e la grande quantità di progetti realizzati nella nostra Regione, una suddivisione per province avrebbe permesso un censimento più omogeneo, accurato e stratificato, riducendo il rischio di sovrapposizioni e di lacune.

Completezza o parzialità

La raccolta sembra rispecchiare in modo sufficientemente adeguato la situazione reale, pur avendo rilevato differenze significative tra le varie realtà territoriali nella completezza dei dati forniti.

Selezione e inserimento in banca dati

Tutto il materiale raccolto fino alla data 31.12.2007 è stato inserito nella banca dati.

4.2.5 FRIULI VENEZIA GIULIA

(a cura di Laura Pilotto)

Metodologia di raccolta

Nella ricerca dei progetti è stata adottata la seguente metodologia:

- Il primo *step* è stato quello di suddividere la regione per Aziende Sanitarie (6)
- Sono stati individuati enti pubblici e alcuni privati dai quali sono stati rilevati i dati principali e creato una lista di contatti
- È anche stata fatta una ricerca su internet per progetti regionali, provinciali e locali inerenti le 6 aree di intervento e in generale progetti di promozione/educazione alla salute aventi come target gli adolescenti. In particolare sono stati reperiti i Piani di Zona (PDZ) afferenti ai vari ambiti socio-assistenziali.
- Per i destinatari dell'iniziativa, sono stati predisposti due differenti modelli di lettera
Una lettera, di tipo informativo, è stata destinata ai rappresentanti istituzionali dei diversi enti, con la finalità di comunicare l'avvio del progetto e le relative attività.
L'altro modello di lettera è stata inviato a referenti e/o responsabili che svolgono o coordinano attività inerenti la promozione della salute, con la richiesta di rendere disponibili eventuali progetti/interventi realizzati o in corso. A quest'ultima lettera è stata allegata la griglia di rilevazione con richiesta di compilarla.
- Di grande aiuto sono stati i referenti PES delle 6 ASS nell'ottenere bozze di progetti e nominativi di responsabili di progetti.
- I responsabili dei progetti identificati sono stati contattati per e-mail, telefono o di persona a seconda della disponibilità.
- Quando le informazioni reperite tramite i contatti con i responsabili dei progetti o i referenti PES (griglia progetto e/o scheda progettuale) si sono dimostrate non adeguate rispetto alle richieste della banca dati, è stata mandata un'altra lettera per ottenere le informazioni specifiche, utilizzando le domande/risposte della scheda Pro.Sa. per facilitare il "lavoro" del referente.

Es. Progetto XYZ

Il progetto ha esplicitato i modelli teorici usati per la progettazione e per il cambiamento dei comportamenti?

- modelli e/o gli autori di riferimento sono esplicitati chiaramente
- modelli e/o gli autori sono dichiarati in maniera non chiara o confusa
- modelli e/o gli autori di riferimento non sono dichiarati

Il progetto cita e trasferisce nel proprio disegno e nella sua realizzazione esempi di buona pratica e/o prove di efficacia?

- Sì
- No
- Il progetto cita in maniera non chiara e confusa

- I progetti una volta ritenuti abbastanza completi sono stati catalogati nella banca dati Pro.Sa.

Metodologia di analisi

Il coordinamento DoRS ha stabilito a priori alcuni indicatori che avrebbero aiutato ad identificare i progetti con “buone pratiche” sulla base delle risposte ai 5 *item* indicati nel box.

- **Il progetto ha previsto un'analisi dei comportamenti dei destinatari del progetto a livello locale?**
- **Il progetto ha esplicitato i modelli teorici usati per la progettazione e per il cambiamento dei comportamenti?**
- **Il progetto cita e trasferisce nel proprio disegno e nella sua realizzazione esempi di buona pratica e/o prove di efficacia?**
- **Valutazione di processo**
- **Valutazione di risultato**

In alcune Regioni/Centri di documentazione queste indicazioni sono state utilizzate per fare una scelta a priori di quale progetto/intervento inserire nel database. In Friuli Venezia Giulia si è ritenuto più opportuno raccogliere tutto quello che si poteva e inserire nel database tutti i progetti di cui si poteva ottenere almeno abbastanza informazioni per compilare la scheda principale.

In pratica, nessuna scheda di progetto è pervenuta con un *abstract* come richiesto; questi sono stati scritti dalla scrivente sulla base del materiale ricevuto.

Poiché uno degli obiettivi del progetto CCM era quello di censire in generale quello che veniva fatto per i giovani, sono stati anche raccolti progetti che non rientravano nelle 6 categorie citate, in particolare progetti/interventi riguardo la promozione del benessere negli adolescenti e quelli sulla sicurezza nel posto di lavoro, un progetto che in Friuli Venezia Giulia (come in altre regioni) ha assunto una valenza regionale ed è il frutto di un grande sforzo di collaborazione tra una molteplicità di enti regionali, provinciali e scolastici.

All'incontro del gruppo di lavoro a Roma (21 maggio 2008) è stato concordato di procedere ad una **prima** selezione dei progetti in base alle fase in cui erano stati registrati: terminati o in fase di redazione della relazione conclusiva.

Tra questi, è stata poi effettuata una **seconda** selezione in base ai quesiti della scheda di ricognizione che identificano i criteri di buona progettazione, ossia i quesiti inerenti:

- la diagnosi di contesto locale
- i modelli teorici
- le buone pratiche e prove di efficacia
- la valutazione di processo
- la valutazione di risultato.

Nei progetti così selezionati il **terzo** passaggio consiste nell'individuazione buone pratiche a seconda:

- dei **criteri tematici** individuati dai gruppi tematici
- dei criteri di **sostenibilità ed equità**

Questi ultimi due sono “nuovi” indicatori, e cioè introdotti dopo la definizione della scheda di raccolta dati e, in effetti, anche dopo la raccolta dei progetti (al momento – Giugno 2008 - sono ancora in via di definizione sia la definizione stessa del concetto che lo standard di riferimento).

Risultati

La raccolta e inserimento di progetti nella banca dati Pro.Sa. è terminata il 9 giugno 2008, per lo meno per quanto riguarda il conteggio ufficiale e l'analisi dei progetti, pur restando la possibilità di inserire altri progetti man mano che vengono acquisiti. In tale data, quindi, per la regione Friuli Venezia Giulia erano stati inseriti 74 progetti, 8 interventi associati a progetti e 2 interventi non associati a progetti.

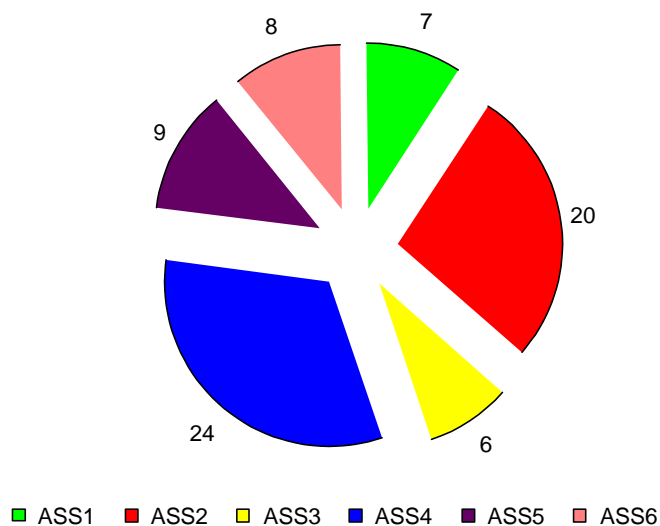
La maggior parte dei progetti considerati sono di carattere annuale, per cui ancora in corso, anche se negli anni possono aver cambiato nome e finanziatore, mantenendo però l'obiettivo ed il target di riferimento, come per esempio i progetti nelle scuole relativi ai comportamenti a rischio, spesso condotti dal Ser.T e finanziati da una varietà di leggi nazionale e/o regionali.

Tenendo presente che le analisi sono state fatte solo sui progetti inseriti nel database, per cui potrebbero non essere rappresentativi di quello che veramente succede in Regione, i grafici che seguono illustrano alcuni aspetti dei progetti rilevati.

Distribuzione sul territorio.

Per quanto riguarda la distribuzione regionale dei progetti, suddividendo il territorio per aziende sanitarie, si nota che la maggior parte dei progetti **raccolti** vengono sviluppati e attuati nelle aree del “Medio Friuli” e dell’Isontina (Grafico 1). Nell’area dell’ASS4 è inclusa anche la Scuola Territoriale della Salute (Mortegliano) che da anni porta avanti una serie di programmi sulla promozione della salute indirizzati ai ragazzi/e delle scuole medie e superiori. Nell’Isontina i progetti sono principalmente quelli offerti dal servizio PES alle scuole.

Grafico 1 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per territorio delle Aziende Sanitarie

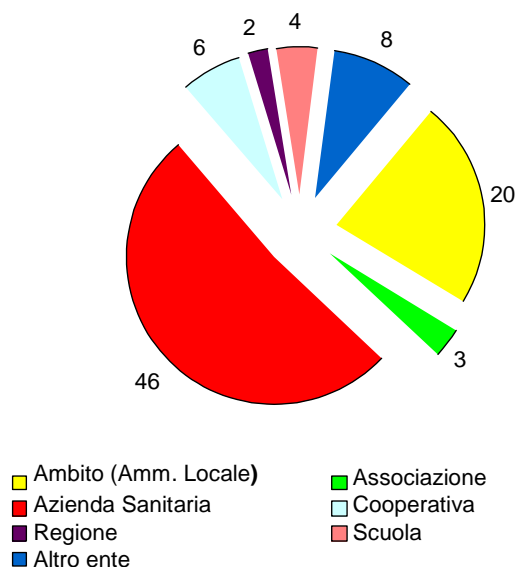


Ente promotore del progetto.

Il coinvolgimento di vari enti in un progetto può essere quello di Promotore o assumere ruoli specifici nelle varie fasi di sviluppo, di realizzazione e di valutazione. Nel Grafico 2 i progetti sono stati divisi per ente promotore ed è evidente che questo ruolo viene prevalentemente espletato dalle aziende sanitarie. A prescindere da un *bias* di selezione (avendo avuto più contatti con le Aziende che altri enti), è anche vero che ogni azienda ha un servizio di PES, anche se collocato e/o gestito diversamente in ogni ente, e che spesso sono le ASS che ottengono i finanziamenti e poi “subappaltano” il progetto (per es. i progetti del Ser.T/Dipendenze). Bisogna anche notare che tutti i progetti in cui l’Ambito era il promotore, sono progetti legati ai Piani di Zona del triennio 2006-08 e generalmente consistevano di una serie di sottoprogetti/azioni spesso affidate al privato sociale o a servizi dell’ASS. Nel caso degli Ambiti dell’“Alto Friuli”

invece l'Ente gestore per i Servizi Sociali è, per delega, l'Azienda per i Servizi Sanitari n.3.

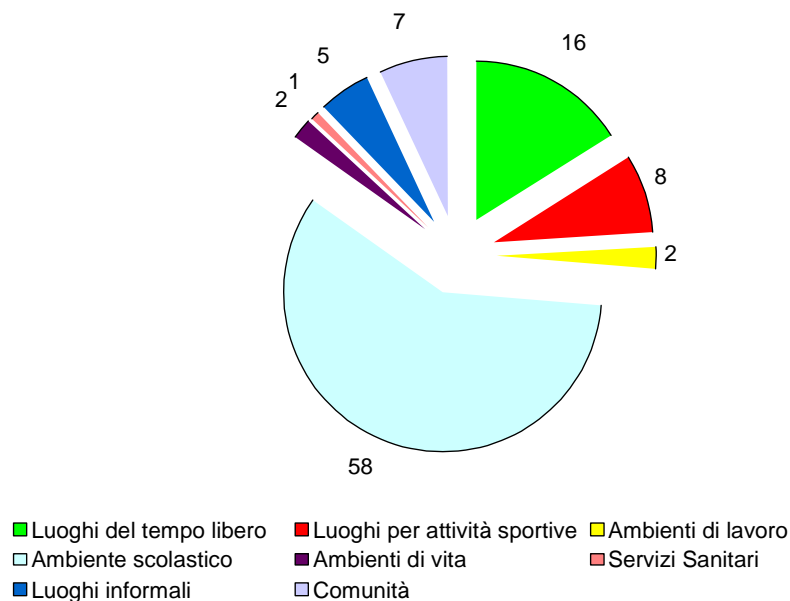
Grafico 2 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per Ente promotore



Setting

Come anticipato, il *setting* più comune in cui si sono svolti i progetti, è risultato essere la scuola, sicuramente perché il target di interesse (gli adolescenti) spende la maggior parte del suo tempo a scuola, diventando così un “*captive audience*”, ma anche dovuto al fatto che tradizionalmente c'è sempre stata una collaborazione tra scuola e azienda sanitaria per quanto riguarda l'educazione sanitaria prima ed educazione alla salute adesso. Infatti, in alcune ASS, l'ufficio PES ogni anno presenta alle scuole del territorio (di ogni ordine e grado) un'offerta di progetti/interventi/attività di PES che i vari dipartimenti, servizi e distretti mettono a disposizione delle scuole.

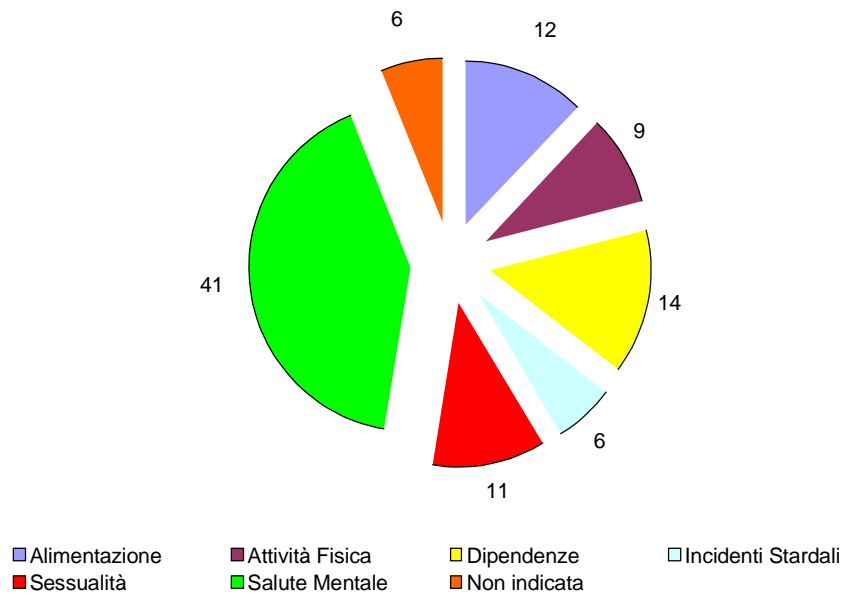
Grafico 3 – Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per setting



Progetti per area tematica

Come già discusso, le aree tematiche erano sei, ma sono stati raccolti anche altri progetti (categoria “non indicata”). Può forse stupire il numero di progetti nell’area della “salute mentale”, ma questa tematica raccoglie tutta una serie di interventi che mirano al benessere generale dell’adolescente, all’agio piuttosto che disagio, alla comunicazione tra pari, alla prevenzione di comportamenti a rischio in modo generale. Se il progetto/intervento si concentrava invece su di un fattore di rischio specifico (droghe e alcool, malattie sessualmente trasmesse, sicurezza stradale) allora veniva catalogato solo in quell’area tematica.

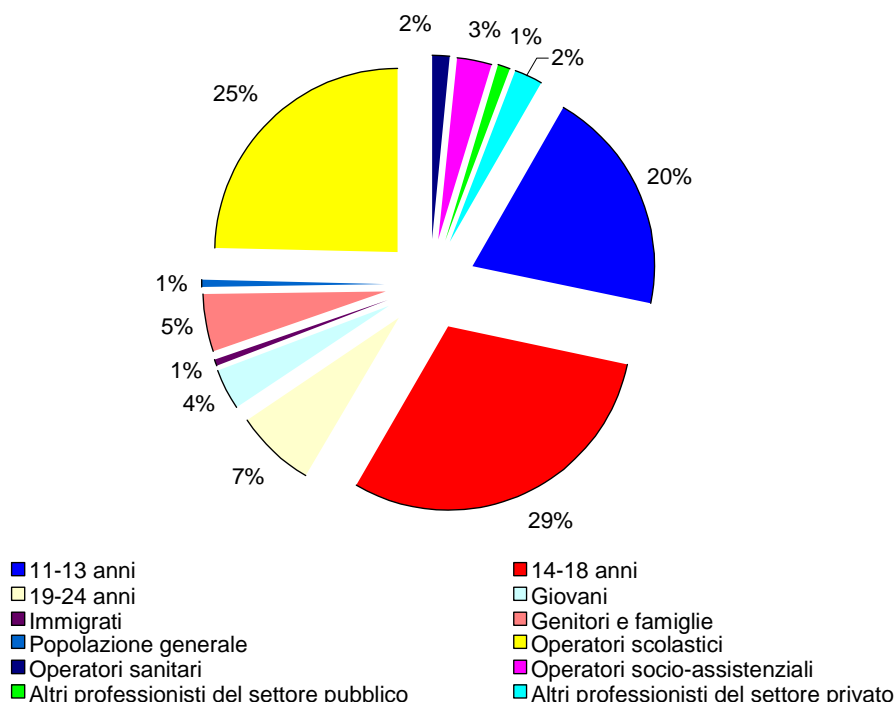
Grafico 4 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per area tematica



Progetti per tipologia di target

Per quanto riguarda a chi erano destinati prevalentemente i vari progetti, come ipotizzato il target principale è costituito dai giovani tra i 14 e 18 anni (29%) (scuole superiori), seguiti dagli operatori scolastici (25%) – spesso target intermedio e oggetto di formazione da parte degli operatori socio-sanitari, e infine dai ragazzi/e delle scuole medie (20%). È interessante notare la scarsità di interventi indirizzati ai giovani dai 19 ai 24 anni, probabilmente perché non facilmente reperibili in gruppo, e ai genitori, a cui viene sempre riconosciuto il ruolo principale di “educatore e formatore ” dei propri figli, ma raramente viene coinvolto nella progettualità.

Grafico 5 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per tipologia di target



Dopo la prima e seconda selezione secondo i criteri stabiliti dal DoRS (vedi sopra) dei 74 progetti del Friuli Venezia Giulia nel database, 11 si sono qualificati per la terza fase di analisi in base a criteri tematici e di sostenibilità ed equità (Tabella 2).

Tabella 2 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia qualificati per la terza fase di analisi

ID Progetto	Titolo progetto
2030	Progetto di prevenzione del disturbi del comportamento alimentare
1639	Educazione affettiva e relazionale -"Spazio Ragazzi "
1927	Progetto Giovani "Sui Luoghi della Frequentazione"
1969	Progetti di prevenzione delle azioni a rischio in adolescenza finanziati dalla legge 45 ex D.P.R. 309/90: "Attenti al lupo", "Il Ponte del Diavolo", "L'albero della conoscenza", "Sicuramente"
2017	Libera-mente
2020	Progetto INFORMABUS progetto di prevenzione del disagio e della tossicodipendenza
2639	Nautibus Esperienze e strumenti di intervento sociale con gli adolescenti
1948	Scuola in rete: progetto Accoglienza

ID Progetto	Titolo progetto
2016	PER VIVERE LA CITTÀ Interventi di promozione della cittadinanza attiva per una città più sicura sotto progetto: microcriminalità
1363	Progetto di educazione alla sessualità, affettività e prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse nelle scuole superiori di Udine
2015	Educazione alla sessualità

Criticità inerenti la raccolta dei progetti

Dando per scontato il fatto che non si poteva sperare di raccogliere tutti i progetti in corso o effettuati negli ultimi 3-4 anni in tutta la Regione, se non altro per mancanza di tempo, tuttavia si possono identificare alcuni aspetti che hanno influito negativamente sulla capacità di reperire il maggior numero possibile di progetti.

Uno dei principali è senza dubbio il fatto che l'evadere una richiesta di documentazione su progetti di PES, particolarmente se già terminati, e cioè reperire i progetti, compilare la scheda o raccogliere il materiale e spedirlo in qualsiasi modo, non è stato percepito come una priorità da virtualmente nessuno dei responsabili dei progetti, né tanto meno dai loro superiori (Responsabili di strutture e/o servizi), che spesso non avevano neppure segnalato il progetto a chi di dovere. Indubbiamente le ragioni si possono far risalire sia all'intensa operatività della fine – inizio 2007-08 per aggiornare le azioni del programma di prevenzione regionale sia alla situazione politico-organizzativa del momento, per cui anche se disposti a collaborare, alle volte è mancato proprio il tempo. Questo aspetto di "non-priorità", purtroppo, è stato anche rinforzato dalla mancanza di "autorità e autorevolezza" sia del progetto stesso che della persona incaricata di raccogliere i dati. Pochissime persone infatti erano a conoscenza dei progetti del CCM, anzi la maggior parte non sa neanche che cosa è il CCM ed in ogni caso è visto principalmente come "sanità", perciò di non interesse a chi non è operatore sanitario (il personale scolastico e gli operatori degli Ambiti socio-assistenziali, incluso il privato sociale hanno i "loro" progetti, siti web, indicazioni nazionali etc.). Per quanto riguarda la documentalista (e cioè la scrivente) la mancata collocazione ufficiale del progetto e sede, in particolare elettronica, ha probabilmente contribuito alle tante non risposte da parte dei responsabili di progetti, già abbastanza impegnati, che non si sono sentiti motivati a rispondere. Neppure le lettere ufficiali, a nome del Comune di Udine e Città Sane sembrano aver avuto alcuna efficacia, c'è stato perfino chi si è interrogato sul

perché il Comune di Udine voleva sapere dei loro progetti. A conferma di ciò, le cose sono migliorate quando sono passate dalla posta elettronica personale a quella dell'ASS 4. Conoscenze personali e, in alcuni casi, solleciti ai responsabili da parte dei referenti PES, si sono rivelati molto utili.

L'incentivo di pubblicizzare i progetti a livello nazionale tramite la banca dati e presentazioni a conferenze nazionali non ha entusiasmato molti, anzi, c'è stato anche chi si è rifiutato di dare materiale per paura che il proprio lavoro venisse copiato da altri. Per quanto riguarda il materiale ottenuto, è stato di varia qualità, ma praticamente nessun progetto aveva un *abstract* come richiesto (come già discusso sopra), e spesso mancavano altre informazioni importanti. In questo caso, sono state inviate lettere richiedendo i dati mancanti o sono stati ottenuti tramite intervista telefonica. Comunque è importante riconoscere che in Regione c'è molta attività di promozione/educazione alla salute, particolarmente in certi *settings* come le scuole e i centri di aggregazione, e questa viene generalmente promossa dall'Ambito o dall'Azienda sanitaria (come già detto), però poco viene documentato adeguatamente (relazioni formali, schede di progettazione dettagliate) e, soprattutto, valutato in termini di processo e risultato. Manca, specialmente nel pubblico – sia scuola che azienda socio-sanitaria -, una cultura di “rendiconto” finale che spieghi il perché, come, cosa, quando e quanto dei vari progetti in modo abbastanza dettagliato da poter valutare l'operato. Infatti, le relazioni in itinere e/o finali più complete sono state quelle del privato sociale/liberi professionisti, che hanno prodotto ottimi documenti, sia perché parte del loro contratto che per il loro *background* formativo.

Si possono riscontrare anche delle criticità dal punto di vista del progetto a livello nazionale. Innanzi tutto la selezione di alcune aree da parte del CCM per la ricognizione dei progetti rivela un modo di pensare che si basa ancora sulla patologia piuttosto che sulla salute. Infatti sarebbe stato più corretto, dal punto di vista della promozione della salute ma anche in termini della Carta di Ottawa, indagare sull'area tematica della sicurezza stradale, piuttosto che di incidenti stradali, sul benessere dell'adolescente piuttosto che sui fattori di rischio (droghe, dipendenze, malattie sessuali etc.). Come già fatto notare, molti progetti sono stati inclusi nell'area della salute mentale considerato come un termine “*catch-all*” per raccogliere tutto ciò che si riferiva al benessere della popolazione target.

Un'altra problematica è dovuta alla mancanza di una chiara metodologia di selezione dei progetti da includere nel database. Infatti, dalle discussioni durante gli incontri nazionali e sul forum, è emerso che molti centri/regioni avevano stabilito dei loro criteri particolari per selezionare i progetti. Questa eterogeneità risulterà, senza dubbio, in una visione per lo meno incompleta, se non addirittura confusa, della situazione a livello nazionale per quanto riguarda lo sviluppo di progetti di PES nell'età adolescenziale. Inoltre, non è stato identificato a priori un glossario della terminologia da utilizzare che potesse creare un punto di partenza univoco per i documentalisti.

I criteri di sostenibilità ed equità, molto discussi nella letteratura internazionale e molto importanti in una visione ecologica della salute, avrebbero dovuto essere considerati sin dall'inizio per facilitare la raccolta di dati pertinenti, poiché, come già detto, si trattava spesso di "leggere tra le righe" o di basarsi su comunicazioni orali per ottenere le informazioni necessarie per compilare la scheda del database.

In conclusione, nonostante le criticità rilevate, si sono ottenuti dei risultati significativi, innanzitutto perché ci sarà una panoramica nazionale, anche se incompleta, delle attività di prevenzione e promozione della salute dirette agli adolescenti. Più importante, forse, è il fatto che i circa 1500 progetti rilevati sono andanti a popolare la banca dati Pro.Sa., gestita dalla Regione Piemonte, che così è diventata uno strumento utile di ricerca e divulgazione a livello nazionale. Un marketing appropriato del DB, assieme alla pubblicazione ed ampia diffusione e valorizzazione dei risultati del progetto, sarà di stimolo a quella cultura di progettazione e valutazione, discussa precedentemente, che deve diventare lo standard per tutti gli operatori socio-sanitari.

Inoltre, il progetto ha gettato le basi per la creazione di una rete di Centri di Documentazione, situati nella maggior parte delle regioni italiane, attivando un percorso di collaborazione, di costruzione e condivisione di strumenti scientifici, tecnici e informatici. Nella visione futura del CCM questo primo sforzo dovrebbe continuare estendendo il progetto affinché questa "rete italiana di documentazione per la promozione della salute, si costituisca come strumento stabile per le politiche e gli interventi di promozione della salute legati alla pianificazione nazionale e regionale" (*cf. capitolo 6*).

Nel Friuli Venezia Giulia non esiste al momento un centro di documentazione a livello regionale, e probabilmente una tale struttura rientra difficilmente negli obiettivi dell'ufficio del progetto "Città Sane" del Comune di Udine. Tuttavia è auspicabile che il

lavoro fatto finora possa venire incorporato nel Piano Regionale della Prevenzione che sta già portando avanti gli obiettivi del CCM Guadagnare Salute.

4.2.6 LAZIO

(a cura di Fabio Candura, Francesco Di Filippo, Gianfranco Tarsitani e Marco Ventola)

Organizzazione della raccolta

Per la realizzazione delle attività di ricognizione degli interventi di Educazione e Promozione della Salute rivolti agli adolescenti effettuati nella Regione Lazio, il Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica "G. Sanarelli" dell'Università degli Studi di Roma "La Sapienza" ha individuato le seguenti figure professionali: Fabio Candura, dottore di ricerca in Scienze della Salute; Marco Ventola, dottorando di ricerca in Scienze della Salute ed Elena La Puca, Psicologo clinico. Il gruppo si è potuto avvalere della collaborazione esterna di Francesco Di Filippo, dottorando di ricerca in Scienze della Salute.

Condivisi l'obiettivo generale e gli obiettivi specifici e delineate le fasi operative necessarie per realizzarli, tutti i componenti del gruppo hanno contribuito alla definizione della metodologia di ricerca e sono stati parimenti coinvolti nelle varie fasi di sviluppo del progetto. Sono state quindi individuate due categorie di soggetti ai quali finalizzare l'attività di ricerca: la prima riguarda i testimoni privilegiati, figure di riconosciuta professionalità ed esperienza operanti negli ambiti della Educazione e Promozione della Salute, la seconda, relativa a tutti quegli operatori che sul territorio regionale svolgono attività rivolte ad adolescenti, in particolar modo, sono stati individuati tre macro settori di competenza: gli assessorati comunali, provinciali e regionale alle Politiche Sociali e Giovanili e alla Salute; le istituzioni scolastiche; le strutture sanitarie e le organizzazioni del terzo settore.

Gli enti presso i quali si è riscontrata la maggiore attitudine alla collaborazione sono state le istituzioni scolastiche e i servizi di prevenzione delle Aziende Sanitarie presenti sul territorio regionale (va sottolineato che, ad eccezione di una, non esistono, presso le aziende sanitarie, dipartimenti o servizi di Promozione ed Educazione alla Salute. Le attività specifiche vengono gestite all'interno di dipartimenti o servizi con finalità più ampie e generali).

Strumenti utilizzati

Al fine di formalizzare l'adesione di collaborazione alla catalogazione dei progetti di Educazione e Promozione della Salute realizzati e in corso di realizzazione, sono stati predisposti due differenti modelli di lettera entrambi inviati a referenti, responsabili, direttori che svolgono o coordinano attività collegate alla Promozione ed Educazione alla Salute: un primo modello contenente le attestazioni di committenza del DoRS – CCM e quelle del Dipartimento di Scienze di Sanità Pubblica quale ente incaricato della ricerca; l'altro modello contenente la richiesta di rendere disponibili eventuali progetti/interventi realizzati o in corso. Insieme a queste, è stata inviata la griglia di rilevazione con l'esplicitazione delle categorie informative espresse dal modulo di ingresso dati come da banca dati Pro.Sa.

Al fine di ottimizzare il processo di monitoraggio dell'attività di reperimento e catalogazione dei progetti/interventi, è stato implementato un modulo informatizzato di gestione interna delle organizzazioni ed enti operanti sul territorio. Tale modulo ha svolto la doppia funzione di (i) implementare uno storico degli enti contattati e (ii) monitorare il progressivo invio di materiale relativo i progetti tra quelli che hanno risposto positivamente alla proposta di collaborazione al censimento.

Azioni specifiche intraprese e loro ragioni

Nei casi in cui, il materiale relativo ai progetti svolti dagli enti aderenti fosse stato inviato in forma parziale o incompleta, il gruppo di documentazione ha direttamente contattato il referente presso l'ente stesso e richiesto le integrazioni necessarie; in alcuni casi, in considerazione della mancata disponibilità del referente o dell'ente a un ulteriore impegno collaborativo, si è provveduto direttamente alla ricerca e al reperimento del materiale presso le sedi dell'istituzione interessata, rallentando, di fatto, il processo di reperimento e inserimento in banca dati dei progetti. Un'ulteriore criticità affrontata è stata dettata dalla situazione politica e amministrativa ai livelli nazionale, provinciale e comunale. Le elezioni politiche e amministrative hanno svolto un ruolo frenante nell'attività di reperimento e catalogazione di molti progetti: diversi funzionari appartenenti a vario titolo ad assessorati comunali/provinciali hanno fatto mancare la già acquisita adesione e non hanno acconsentito all'ulteriore invio della documentazione progettuale concordata.

Completezza o parzialità

Il censimento effettuato rispecchia parzialmente la ricchezza di progettualità inerenti le tematiche di Promozione ed Educazione alla Salute all'interno del territorio regionale. Parzialità che è principalmente dovuta all'esclusione di quei progetti che, nonostante le dovute sollecitazioni di integrazione, sono comunque risultati mancanti o incompleti alla data di scadenza dell'inserimento in banca dati.

Selezione e inserimento in banca dati

Tutto il materiale ricevuto entro il 30 dicembre 2008 che è stato considerato completo nella totalità delle informazioni richieste, è stato inserito in banca dati.

Risultati dell'attività di ricognizione

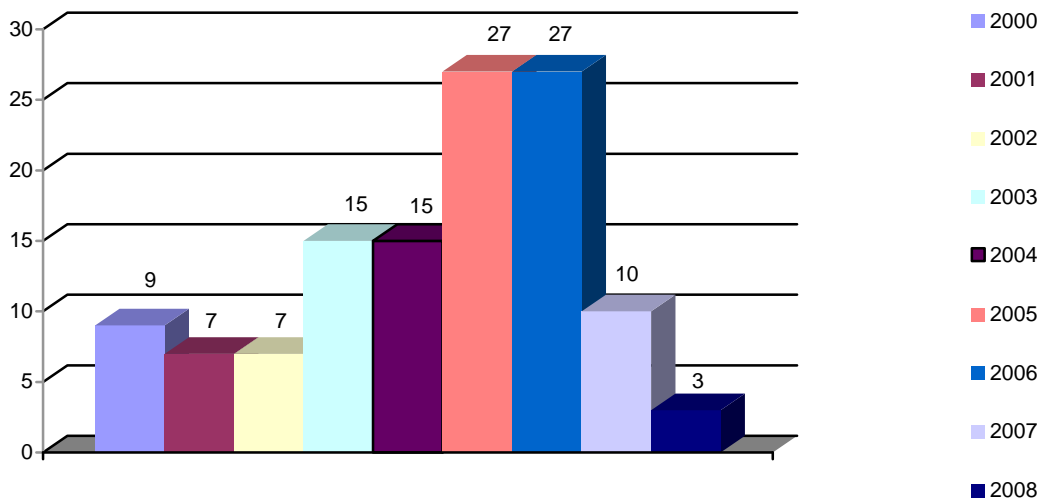
L'attività di ricognizione degli interventi di Educazione e Promozione della Salute rivolti agli adolescenti effettuati nella Regione Lazio ha consentito di selezionare e inserire all'interno della banca dati 120 progetti e 12 interventi su un totale di 276, tra progetti e interventi completi, pervenuti.

Tabella 3 - Progetti e interventi completi svolti nel Lazio

Progetti/interventi reperiti, letti e analizzati	Progetti/interventi inseriti	Progetti/interventi selezionati e pubblicati
276	132	120 progetti
		12 interventi

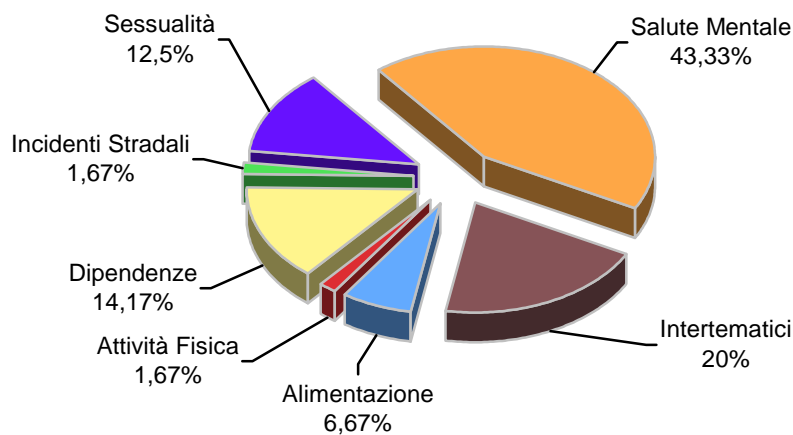
Buona parte dei 120 progetti (54; il 45% sul totale dei progetti inseriti), è stata realizzata durante gli anni 2005 e 2006. Circa il 10% (13 progetti) invece, si era appena concluso o era in corso durante il periodo della rilevazione.

Grafico 5 –Progetti completi svolti nel Lazio suddivisi per data di realizzazione



Dei 120 progetti selezionati poco meno della metà, il 43,33%, ha riguardato l'area tematica relativa alla Salute Mentale, mentre solo l'1,67% dei progetti ha riguardato le tematiche relative agli Incidenti Stradali e quelle relative all'Attività Fisica. È relativamente alta, il 20%, la percentuale dei progetti che sono stati effettuati seguendo un approccio intertematico.

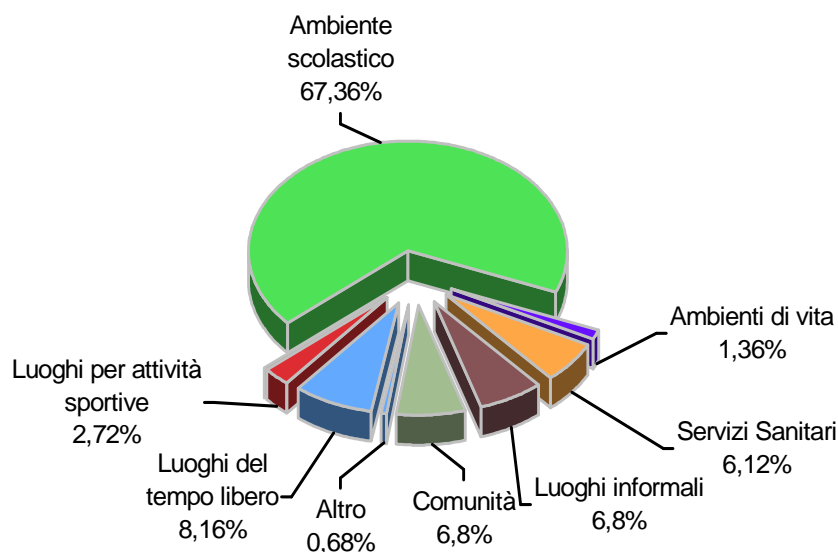
Grafico 6 – Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per area tematica di riferimento (valori percentuali)



Più dei due terzi dei progetti inseriti, il 67,36%, è stato effettuato in ambiente scolastico, contesto ideale per intercettare il target adolescenziale. I *setting* meno utilizzati per la realizzazione di progetti sono i Luoghi per le attività sportive e gli Ambienti di vita con il 2,72% e l'1,36%, rispettivamente. A dimostrazione di una discreta capacità di svolgere

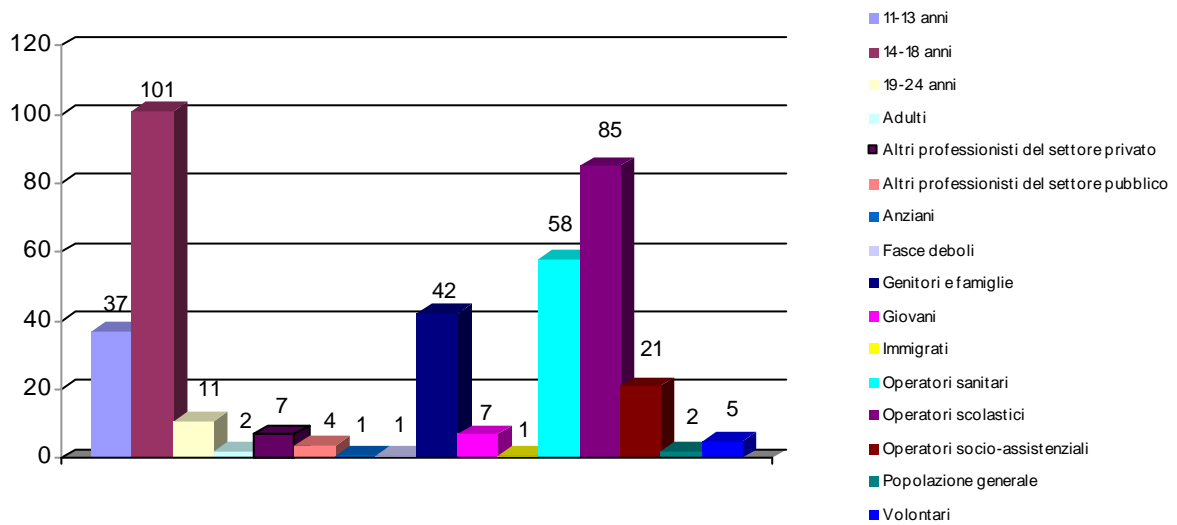
Promozione ed Educazione alla Salute in contesti non formalizzati, significativo ci pare il dato aggregato Luoghi del tempo libero – Luoghi informali – Comunità (spesso parrocchiali) *setting* preferenziali di svolgimento per quasi un quarto (il 23,76%) dei progetti inseriti. Importante inoltre, è la percentuale dei progetti svolti all'interno dei Servizi sanitari (il 6,12%).

Grafico 7 – Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per *setting* di svolgimento (valori percentuali)



Moltissimi dei progetti inseriti all'interno della banca dati hanno riguardato più categorie di destinatari rendendo difficoltosa la trattazione del dato. I dati riferiti al Grafico 8 riguardano quindi le occorrenze per ciascuna categoria di destinatari. Le categorie di destinatari maggiormente coinvolte nell'implementazione dei progetti inseriti sono state quelle relative i giovani adolescenti compresi nella fascia di età 14-18 anni e quella relativa agli operatori scolastici con 101 e 85 progetti, rispettivamente; in linea con quanto espresso a proposito dei *setting* di svolgimento dei progetti inseriti.

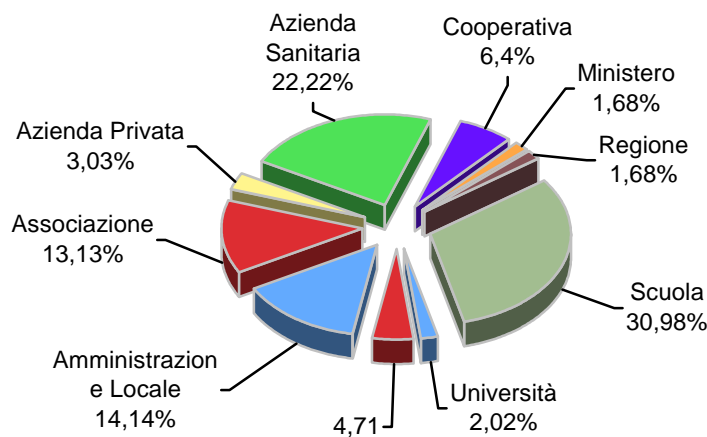
Grafico 8 – Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per destinatari



Poco più di un terzo dei progetti (42) ha anche visto il coinvolgimento dei genitori e delle famiglie nel ruolo attivo di destinatari.

Quasi trecento (297) sono stati gli enti coinvolti durante le varie fasi di progettazione, implementazione e realizzazione e valutazione dei progetti di Promozione ed Educazione alla Salute rivolti ad adolescenti ed effettuati nella Regione Lazio. In primo piano vi è sicuramente il ruolo svolto dagli Istituti scolastici che rappresenta poco meno di un terzo dell'intero campione (30,98%), a cui si accompagna, spesso di concerto, quello svolto dalle Aziende sanitarie con il 22,22%. Quasi un quinto degli enti (19,53%) è rappresentato (dato aggregato) da Associazioni e Cooperative con il 13,13% e il 6,4%, rispettivamente, a dimostrazione dell'interesse e dell'attiva partecipazione alle tematiche dell'adolescenza del mondo economico relativo al settore III che spesso se ne avvale per auto-finanziarsi. Interessante, ci pare il dato relativo al coinvolgimento delle Amministrazioni locali (14,14%), prevalentemente impegnate nell'area metropolitana del Comune di Roma e rappresentate dai Municipi.

Grafico 9 –Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per enti coinvolti all'interno (valori percentuali)



4.2.7 LOMBARDIA

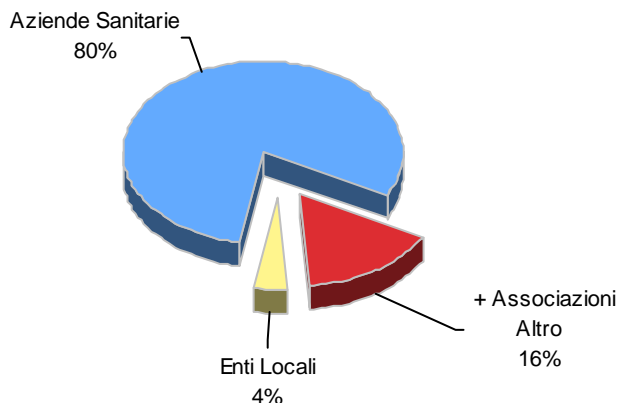
(a cura di Federica Barbieri e Liliana Coppola)

Attività svolte nell'ambito della ricognizione:

- Elaborazione mappa dei contatti negli ambiti istituzionali di area sanitaria e non
- Individuazione, mediante specifica ricerca, dei soggetti non istituzionali (associazioni, ecc.) e relativa creazione di una lista di contatti
- Predisposizione di lettera contestualizzata di presentazione del progetto
- Predisposizione scheda di sintesi per esiti ricerca web di progetti/esperienze/contatti
- Presentazione dell'iniziativa a responsabili di soggetti di area non istituzionale mediante contatti telefonici e incontri
- Presentazione dell'iniziativa ai responsabili di soggetti di area istituzionale mediante comunicazione scritta e successivo invio di richiesta adesione e griglia di rilevazione (Referenti Educazione alla Salute ASL, Referenti Educazione alla Salute Scuole, Referenti Educazione Alimentare Province e Regione, Referenti e Coordinatori Attività Fisica Uffici Scolastici Provinciali: totale n°50)
- Lettura e analisi dei primi materiali pervenuti e/o presenti in database regionali
- Selezione dei soli materiali congruenti a Target e Tematica del progetto CCM e relativo inserimento nella banca dati Pro.Sa. di DoRS
- Incontri con rappresentanti dei soggetti target di area istituzionale (Scuola, Servizi Sanitari, EELL, Province) e non (Associazioni, Privato Sociale, ecc.), presso le

relative sedi sul territorio regionale, per la discussione circa difficoltà e/o chiarimenti nella redazione del materiale.

Grafico 10 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per ente promotore (valori percentuali)



- Individuazione di progetti da segnalare e relativo percorso di accompagnamento nella descrizione delle attività (progetti/interventi) individuate come idonee ai fini della ricerca. (totale n°30 incontri);
- Ricerca e selezione di materiali di approfondimento e/o siti internet afferenti ad esperienze realizzate sul territorio regionale e relativa pubblicazione nell’area “Documentazione” del sito <http://www.dors.it/prado/>.

Risultati dell’attività di ricognizione

Tabella 4 - Progetti e interventi completi svolti in Lombardia

Progetti/interventi reperiti, letti e analizzati	Progetti/Interventi inseriti	Progetti/Interventi selezionati e pubblicati
350	176	50 progetti
		3 interventi

Grafico 11 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per provincia sede di edizione (valori percentuali)

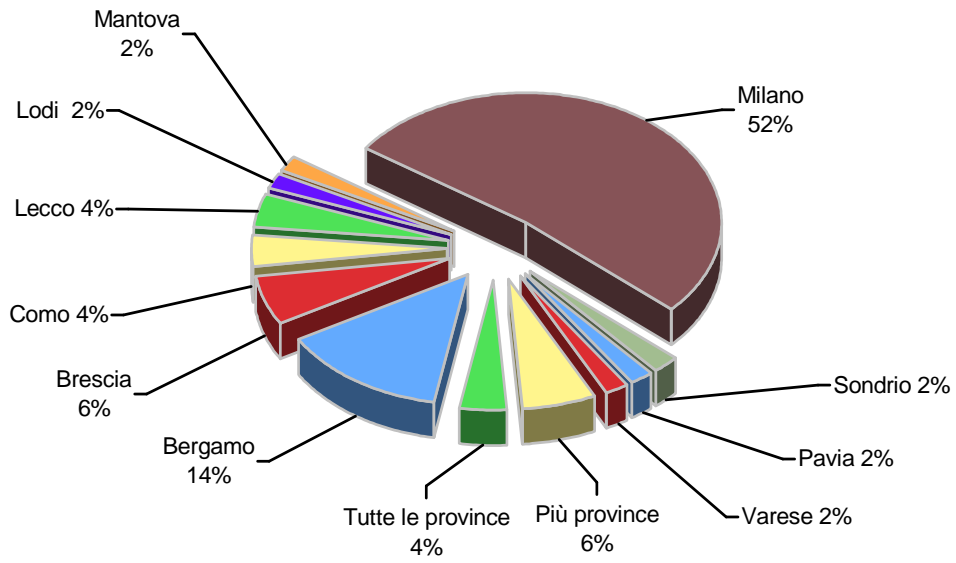


Grafico 12 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per anno di edizione

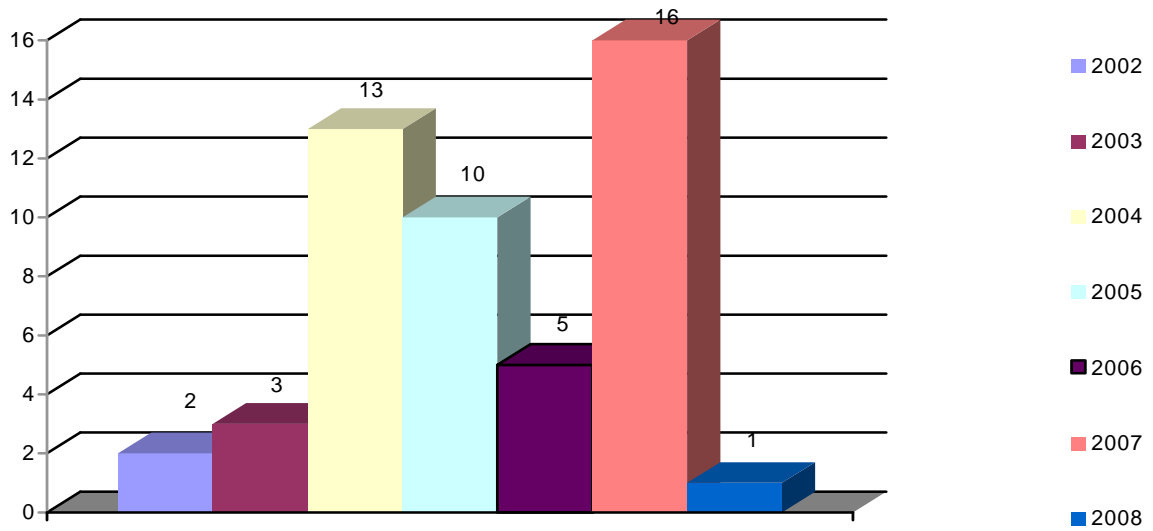


Grafico 13 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per setting principali

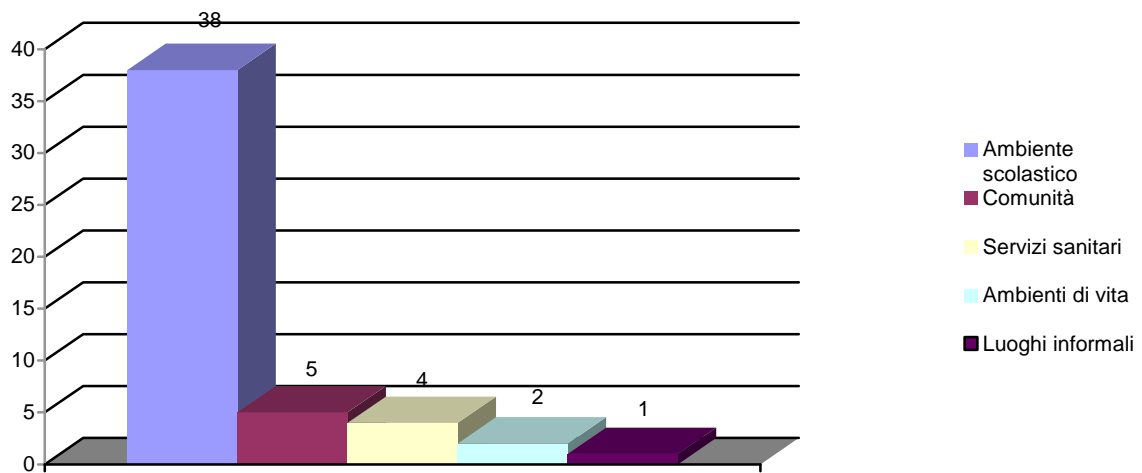
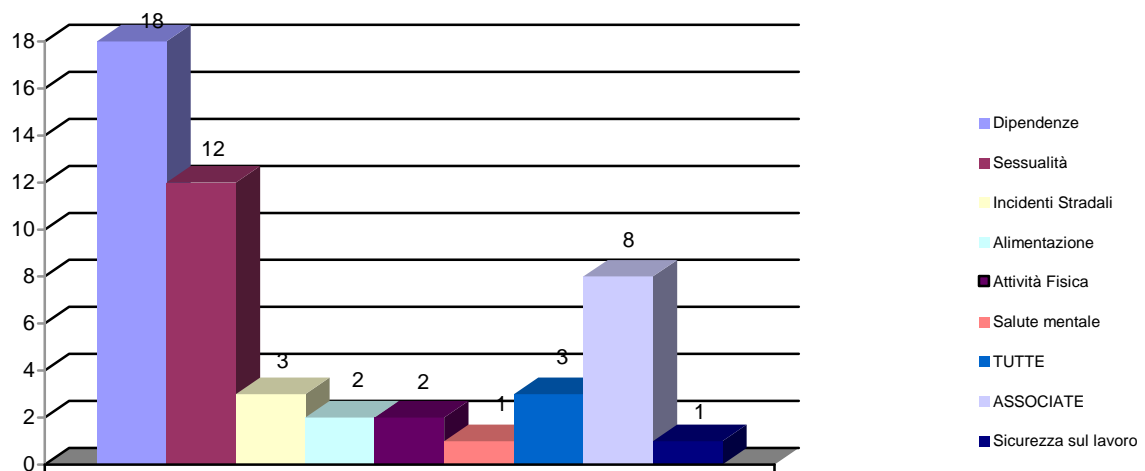


Grafico 14 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per area tematica



4.2.8 MARCHE

(a cura di Claudio Bocchini)

Organizzazione della raccolta dati

Il gruppo di lavoro regionale si compone:

- di una figura di coordinamento, che si è occupata di gestire i rapporti con gli altri rappresentanti regionali del gruppo DoRS, con i dirigenti della Regione Marche, con i coordinatori degli Ambiti Territoriali Sociali della regione, oggetto della rilevazione e con altri referenti istituzionali.

- due ricercatori, che si sono rispettivamente occupati:
 - dell'individuazione dei progetti da inserire nella sperimentazione,
 - dell'elaborazione di uno strumento di analisi;
 - della somministrazione della scheda-intervista;
 - dell'imputazione dati;
 - dell'analisi dei risultati.

Strumenti utilizzati e azioni intraprese

In considerazione delle risorse a disposizione e dei tempi, si è deciso di utilizzare come strumento di indagine un questionario–intervista in modalità auto-compilata.

Questo strumento è particolarmente adatto quando si vuole raggiungere un elevato numero di persone, ottenere risposte comparabili in ordine ad una serie di proprietà in ipotesi ritenute rilevanti e evitare che si attivino meccanismi di difesa nei confronti dell'intervistatore su domande ritenute di carattere personale. Come mezzo di contatto con i servizi individuati per la sperimentazione di DoRS, si è ritenuto opportuno ricorrere ai Coordinatori degli ambiti territoriali sociali che si sono dimostrati validi mediatori.

Nella realizzazione del questionario-intervista a cura del *Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e giovani* sono stati coinvolti il Servizio Politiche Sociali e il dipartimento di Scienze Sociali dell'Università Politecnica delle Marche.

Il settore di analisi individuato per la regione marche è stato quello delle dipendenze, in quanto consentiva di conciliare due esigenze ben precise: individuare progetti che ad oggi non fossero già oggetto di analisi qualitative specifiche, con valenza sanitaria oltre che sociale.

Sono stati pertanto oggetto di analisi i progetti elaborati nelle annualità 2005 e 2006 dagli Enti locali nell'area tematica “dipendenze” con ricaduta sui giovani nella fascia di età 11 – 18 anni.

Per i motivi già sopra accennati e cioè limitare l'analisi a progetti non ancora coinvolti in altre sperimentazioni, si è preferito non prendere contatti diretti con le Istituzioni scolastiche, già coinvolti nel territorio regionale, in un'altra sperimentazione legata al progetto promosso da Formez: “Guadagnare salute. Rendere facili le scelte salutari”. Le Istituzione scolastiche, fanno comunque parte degli attori territoriali coinvolti dai diversi progetti inseriti in banca dati.

Completezza o parzialità

Per la sperimentazione di DoRS, sono stati presi in considerazione progetti già realizzati o in corso di realizzazione, che all'origine non prevedevano una nomenclatura comune. Pertanto in alcune occasioni, non sono mancate piccole forzature terminologiche.

L'analisi fin qui svolta, risulta rappresentativa ma non esaustiva dei progetti di prevenzione e promozione della salute realizzati nel territorio marchigiano. La sperimentazione ha reso possibile la valutazione delle reti istituzionali messe in opera per la progettazione e la realizzazione dei progetti e l'effettiva domanda territoriale.

Selezione e inserimento in banca dati

I progetti inseriti in banca dati sono stati individuati e selezionati secondo il principio già sopra descritto, ovvero l'appartenere ad un intervento di prevenzione e promozione che seguisse degli indirizzi regionali (rif. DGR 172/2005). Pertanto tutti i progetti rilevati secondo le modalità sopra descritte, sono stati successivamente inseriti in banca dati.

4.2.9 PIEMONTE

(a cura di Patrizia Brigoni, Sabina Colombini, Marta Dotti, Andrea Bellini e Franca Bo Tibaldeschi)

L'attività di ricognizione dei progetti dedicati alla prevenzione ed alla promozione della salute negli adolescenti ha avuto in Piemonte un ritardo significativo rispetto alle altre Regioni. L'incarico è stato affidato dalla Regione al Se.RE.MI, servizio sovrazonale di epidemiologia dell'ASL di Alessandria, che aveva curato negli anni precedenti una ricognizione dei progetti di prevenzione delle Infezioni Sessualmente Trasmesse, ma a causa di problemi amministrativi gli incarichi ai documentalisti si sono potuti affidare solo nell'anno 2008 (per tale motivo l'analisi dei progetti è stata effettuata con i dati relativi al 2009).

La banca dati Pro.Sa.

La storia della documentazione dei progetti di promozione della salute in Piemonte è iniziata diversi anni fa, quando è stato realizzato da DoRS il sistema informativo Pro.Sa., con la collaborazione di alcuni Referenti per la Promozione della Salute

(RePES) delle Aziende sanitarie piemontesi. Il sistema si proponeva di rendere disponibili online progetti e interventi, programmi e materiali, insieme alle informazioni su "CHI FA COSA". La costruzione del sistema di documentazione ha coinvolto le Aziende stesse nella compilazione delle schede descrittive dei progetti ed ha avuto in origine un carattere sperimentale; nel corso del 2008 la documentazione dei progetti ha assunto un carattere "cogente", quando la Regione Piemonte ha deciso di utilizzare il sistema informativo Pro.Sa. come sistema di documentazione e rendicontazione delle attività regionali di promozione della salute.

La ricognizione dei progetti piemontesi

Per quanto riguarda i progetti di promozione dell'attività fisica e di contrasto all'obesità e i progetti riguardanti la sicurezza stradale, si è ritenuto di aggiornare e completare le ricognizioni già effettuate nella Regione nell'ambito dei relativi Piani Regionali di Prevenzione Attiva. Si è trattato, in questi casi, di contattare i responsabili ed ottenere le informazioni non comprese nelle ricognizioni effettuate, ma necessarie a completare tutti gli *item* previsti dalla scheda di Pro.Sa.

Il Se.RE.MI ha scelto inoltre di effettuare la ricognizione ponendo l'accento su aree meno presenti in Pro.Sa. Si sono individuati alcuni settori di intervento, come quelli realizzati dai Servizi per le Dipendenze e dai Servizi di Neuropsichiatria Infantile (NPI) o i progetti promossi dalle Associazioni e dagli Enti Locali, che risultano essere meno documentati nel sistema informativo e sono conosciuti e rendicontati attraverso altri sistemi regionali.

I documentalisti hanno ricercato, avvalendosi della collaborazione dell'Assessorato alla Tutela della Salute e Sanità della Regione e del Comune di Torino, i punti di raccolta dati che hanno potuto fornire informazioni e riferimenti proprio rispetto ai settori delle Dipendenze, dei Servizi di NPI, degli Enti Locali e delle Associazioni presenti sul territorio.

Alla ricognizione ha collaborato un gruppo composto da operatori dei Servizi sanitari territoriali e ricercatori con esperienze di studio nel settore dell'adolescenza, presso le Università di Torino, Facoltà di Medicina e Facoltà di Sociologia.

Il gruppo di lavoro ha lavorato alla ricerca dei progetti, alla descrizione degli stessi nella banca dati ed ha redatto lo "stato dell'arte" di seguito descritto. E' composto da Patrizia

Brigoni (coordinamento), Sabina Colombini, Andrea Bellini, Franca Bo Tibaldeschi, Marta Dotti.

Attraverso un contatto diretto con funzionari della Regione Piemonte è stato possibile individuare nei Referenti alla Promozione della Salute delle Aziende regionali, nel sistema di Neuropsichiatria Infantile Regionale, nel sistema dei Ser.T regionali, nei SIAN (Servizio Igiene, Alimenti e Nutrizione) gli ambiti sanitari preferenziali per poter conoscere i progetti, oggetto d'interesse per l'area "guadagnare in salute negli adolescenti"; questi Servizi hanno costituito i referenti privilegiati per l'operazione di censimento e di documentazione degli interventi promossi a livello locale.

Soprattutto in questi Servizi vengono infatti progettate e svolte iniziative nell'ambito della promozione di stili di vita corretti. I progetti nascono da mandati aziendali, regionali o nazionali (es. progetti nazionali CCM o progetti del Piano Regionale di Prevenzione Attiva) e spesso coinvolgono contemporaneamente più Servizi ed Enti.

Si sono contattati anche l'Assessorato all'Istruzione, l'Ufficio Scolastico Regionale, il Comune di Torino, Consorzi socio-sanitari, Centri di documentazione regionali pubblici e privati, Associazioni, Enti locali, ed altri Enti che sono impegnati in progetti di promozione della salute e prevenzione.

I Referenti alla Promozione della Salute delle Aziende Sanitarie piemontesi (RePES)

I Referenti alla Promozione della Salute delle Aziende sanitarie piemontesi lavorano in rete per promuovere la salute sul territorio; il loro ruolo è quello di esperti nella progettazione e nella valutazione dei progetti, ma anche di facilitatori di processi. I RePES sono consapevoli che la promozione della salute e la prevenzione coinvolgono in misura sempre maggiore sistemi esterni al mondo sanitario e sono impegnati nella costruzione di reti con tutte le realtà del territorio. Le figure dei Referenti alla Salute sono caratterizzate da una estrema variabilità di compiti, funzioni, figure professionali e collaborano con i Servizi impegnati al conseguimento dell'obiettivo generale di miglioramento dello stato di salute nella sua accezione più ampia, conseguito attraverso l'adozione di corretti stili di vita.

La strategia di ricerca

Il metodo più utilizzato, seppur dispendioso, è stato il contatto diretto con gli operatori dei servizi: in qualche caso si sono incontrati i responsabili, in altri casi il telefono e la posta elettronica sono serviti per stabilire contatti e scambiare documenti.

La modalità di rapporto diretto con testimoni privilegiati dei Servizi (responsabili, operatori impegnati nei progetti) ha favorito l'instaurarsi di una buona relazione di scambio.

Durante gli incontri sono state condotte interviste informali ed è stato possibile lavorare con i responsabili e gli operatori impegnati negli interventi per reperire tutte le informazioni utili alla valutazione dei progetti prima della decisione, assunta in comune, di inserirli a pieno titolo nella banca dati Pro.Sa.

In alcuni casi non si è avuto un contatto diretto con i responsabili: si tratta di quelle situazioni nelle quali i progetti erano sufficientemente documentati in archivi costruiti dalla Regione in occasione di Bandi per il finanziamento di programmi o progetti.

Una operazione di valutazione e filtro ha fatto sì che venissero catalogati soltanto i progetti che possedevano caratteristiche di completezza riguardo alle informazioni conosciute, senza attuare filtri in merito alla qualità dei progetti, o a caratteristiche peculiari quali innovazione, applicabilità, riproducibilità. E' stato molto curato l'aspetto della ricerca di documenti e materiali utili a descrivere ed a riproporre i progetti anche in altre realtà. In ogni progetto sono stati documentati anche i rapporti finali, i documenti e qualsiasi elemento saliente dell'iniziativa.

E' stata rivolta una particolare attenzione ai documenti e alle iniziative di valutazione che hanno accompagnato l'attività, con particolare riferimento all'utilizzo di indicatori di processo, di risultato e alle valutazioni qualitative espresse.

La completezza dei dati

Non è possibile affermare con certezza che i dati raccolti siano rappresentativi della realtà indagata. Tuttavia, in ragione della costituzione di una rete omogeneamente diffusa, è possibile affermare che il materiale raccolto offre un campione quanto più possibile completo dei progetti che hanno interessato i diversi servizi socio-sanitari, le scuole e le amministrazioni locali dislocati sul territorio regionale.

Qualche dato sui progetti e gli interventi censiti

In riferimento alla realtà piemontese, risultano 283 i progetti documentati e oltre 300 gli interventi inseriti in banca-dati al 31 marzo 2009. Molti progetti non sono associati ad un intervento, altri sono associati a diversi interventi. Non tutti gli interventi svolti trovano adeguata documentazione nella banca dati, a causa della difficoltà degli operatori a

ricordare e documentare luoghi, numero di ore impiegate, numero di destinatari intermedi e altri dati richiesti dalla scheda-intervento.

I destinatari degli interventi

Si tratta per lo più di programmi di intervento aventi una struttura pre-definita rivolta a tutti gli adolescenti e non adattata alle specifiche caratteristiche dei destinatari. Non sono quasi mai indagate (esistono alcune eccezioni), attraverso *focus groups* o altre metodiche, le specifiche caratteristiche dei destinatari (appartenenza etnica o culturale, livelli di coinvolgimento nel rischio degli adolescenti). Solo due progetti sono rivolti a ragazzi immigrati e quattro progetti sono progetti di genere.

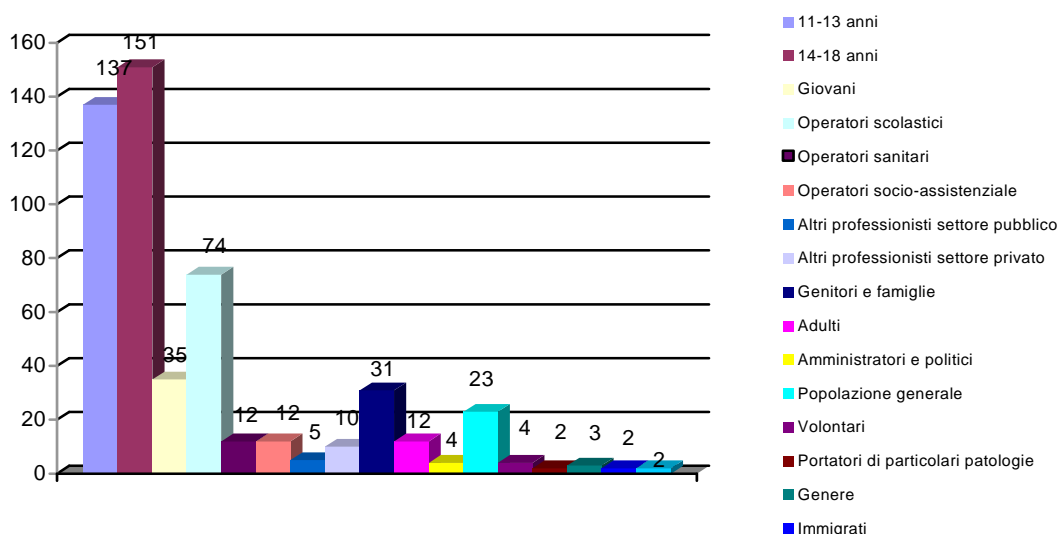
Molti interventi (n. 137) sono effettuati durante la pre-adolescenza, nella fascia di età che va dagli 11 ai 13 anni. Questo dato è confermato anche rispetto ad aree quali la salute sessuale, l'utilizzo problematico di sostanze, gli incidenti stradali, e risulta abbastanza interessante. Infatti, una percentuale significativa di interventi è svolta prima che la maggior parte dei ragazzi sia coinvolta in rapporti sessuali, utilizzo di alcol o sostanze, guida di mezzi a motore.

Sono numerosi (n. 151) anche gli interventi attuati nella fascia di età successiva 14-18 anni. Questi interventi si differenziano dai precedenti per contenuti e metodologia (frequente l'utilizzo di *peer educators* e *peer leaders*).

Troviamo interventi destinati ad operatori scolastici e genitori e famiglie, quali destinatari intermedi. Il coinvolgimento di insegnanti e genitori ha diversi obiettivi: aumentare le capacità di parlare apertamente con i figli di comportamenti a rischio, acquisire competenze ed efficacia nel gestire la relazione educativa con i figli e gli studenti, migliorare la capacità di supervisione dei genitori rispetto alle scelte dei figli.

Gli interventi di comunità sono spesso associati ad altri interventi educativi e informativi, mentre gli interventi rivolti ad operatori pubblici e privati hanno soprattutto la finalità di coinvolgerli e formarli fornendo informazioni e conoscenze di base sui rischi connessi con stili di vita, sui comportamenti a rischio degli adolescenti; inoltre hanno l'obiettivo di migliorare la relazione con gli adolescenti stessi.

Grafico 15 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per destinatari



La continuità degli interventi

Pochi progetti hanno mostrato una continuità nel tempo: solo 22 progetti hanno registrato interventi durati più anni. Rispetto a questo dato, probabilmente possono esservi state per il passato delle carenze di documentazione che riguardano progetti che hanno mantenuto l'obiettivo e il target di riferimento, ma hanno cambiato nome o finanziatore.

Le aree dei progetti

In generale la maggior parte dei progetti riguarda l'area delle dipendenze, mentre si equivalgono per quantità i progetti che promuovono la salute in tutte le altre aree del progetto.

Grafico 16 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per area tematica (valori percentuali)

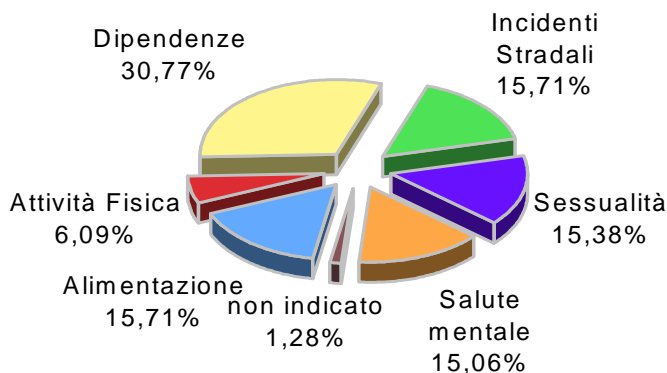


Tabella 5 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per area tematica

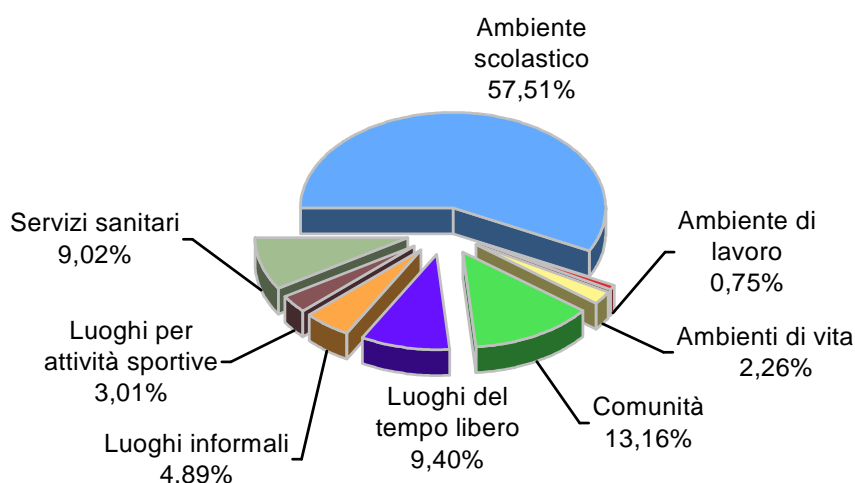
Alimentazione	Attività Fisica	Dipendenze	Incidenti Stradali	Sessualità	Salute Mentale	Non Indicata
49	19	96	49	48	47	4

I setting (luoghi di intervento)

La scuola rappresenta il principale contesto in cui vengono realizzati gli interventi di Prevenzione e Promozione della Salute. Infatti nell'ambiente scolastico è possibile raggiungere la quasi totalità degli adolescenti. Tuttavia 34 progetti attuati nell'ambiente scolastico hanno previsto anche un intervento nella comunità o nei luoghi del tempo libero.

La promozione della salute svolta in *setting* diversi dalla scuola costituisce comunque una realtà presente e rilevante nella nostra Regione.

Grafico 17 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per setting (valori percentuali)



4.2.10 PUGLIA

(a cura di Anna D'Andretta, Concetta De Nucci, Franca Riccardi e Concetta Vena)

Organizzazione della raccolta

Composizione del gruppo di lavoro: l'organizzazione è stata curata dalla Responsabile dell'Unità Operativa di Prevenzione del Ser.T di San Severo sia del Progetto, Dott.ssa Concetta De Nucci; la raccolta dei progetti è stata effettuata dalla documentalista e

dall'operatore amministrativo del Ser.T; hanno collaborato gli altri operatori dell'Unità Operativa di Prevenzione dello stesso Ser.T.

Strumenti utilizzati

Per i destinatari dell'iniziativa sono stati predisposti due differenti modelli di lettera. Un modello di lettera, di tipo informativo è stato destinato ai rappresentanti istituzionali dei diversi enti con la finalità di comunicare l'avvio del progetto e le relative attività.

L'altro modello di lettera è stato inviato a referenti, responsabili, direttori che svolgono o coordinano attività inerenti la Promozione della Salute con la richiesta di rendere disponibili eventuali progetti/interventi realizzati o in corso. A quest'ultima lettera è stata allegata una scheda di adesione che gli aderenti al progetto hanno rispedito compilata.

In sintesi, ci sono stati 133 contatti così suddivisi:

- 31 CRSEC (Centri regionali servizi educativi e culturali);
- 11 DSM ASL (Dipartimento di Salute Mentale);
- 27 SER.T ASL (Servizio Tossicodipendenze);
- 42 SERVIZI SOCIALI COMUNALI;
- 5 PROVVEDITORATI PROVINCIALI;
- 7 COOPERATIVE SOCIALI;
- 6 UFFICI COMUNALI;
- 1 DIPARTIMENTO PREVENZIONE ASL;
- 1 OSSERVATORIO POLITICHE GIOVANILI PROVINCIALE.

A tutti coloro che hanno aderito al progetto è stata inviata la griglia di rilevazione. In formato MS Excel sono stati registrati sia i contatti che le risposte ricevute, costituendo un indirizzario completo. Le adesioni pervenute sono state raccolte in schede cartacee.

Azioni specifiche intraprese e loro ragioni

Il criterio adottato è stato quello della informazione capillare: il progetto è stato pubblicizzato attraverso diversi canali di comunicazione (telefono, e-mail, fax, contatti personali e telefonici), partendo dai Servizi territoriali e raggiungendo tramite loro anche il Terzo Settore.

Grafico 18 –Istituzioni contattate in Puglia (valori percentuali)

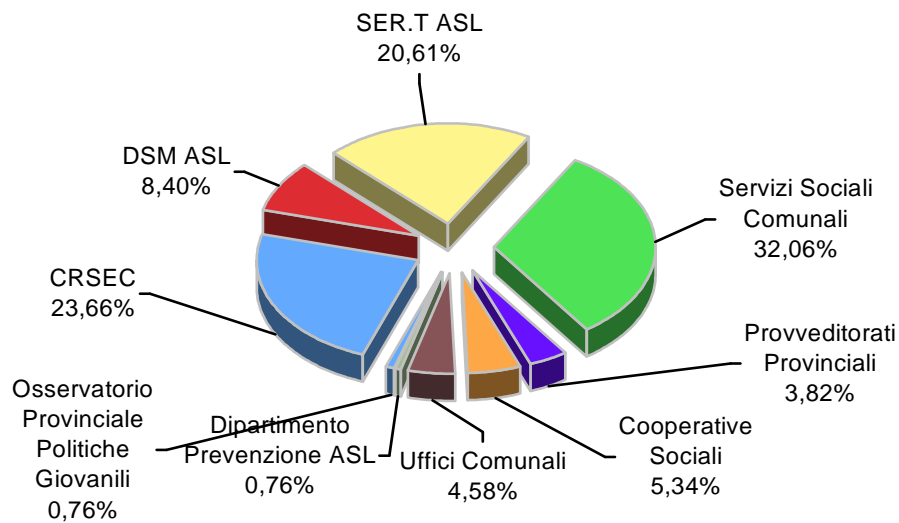
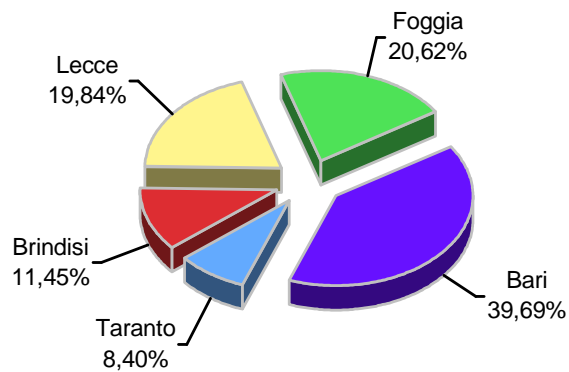
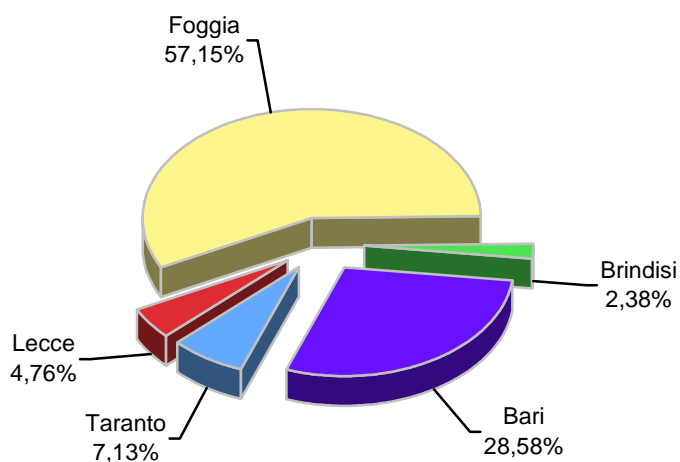


Grafico 19 –Istituzioni contattate in Puglia suddivise per Provincia (valori percentuali)



I rimandi maggiori si sono avuti da quelle realtà con le quali si aveva già un precedente rapporto di collaborazione. Con altre realtà “nuove” i percorsi burocratici al loro interno non hanno consentito rimandi rapidi e certi. Si è, comunque, rilevata la disponibilità da parte di alcuni operatori di seguire lo sviluppo del nostro lavoro, che prevede una formazione condivisa. Si sono rafforzati i rapporti con alcune realtà della provincia di Foggia.

Grafico 20 - Progetti pervenuti suddivisi per Provincia della Puglia (valori percentuali)



Progetti Ricevuti

Numericamente ci sono stati inviati 42 progetti, così suddivisi per province: Bari 12, Brindisi 1, Foggia 24, Lecce 2, Taranto 3.

Grafico 21 - Progetti pervenuti in Puglia suddivisi per istituzione di provenienza (valori percentuali)

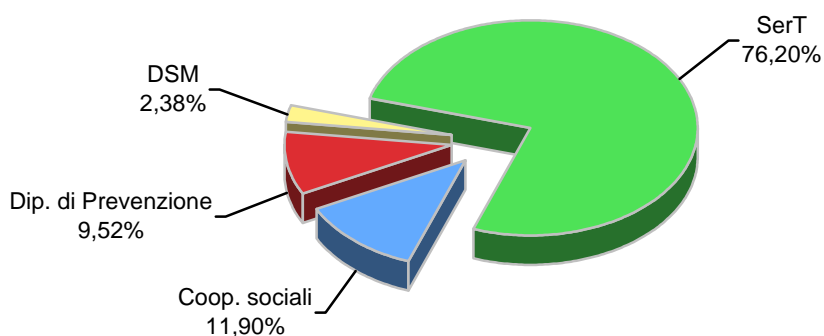
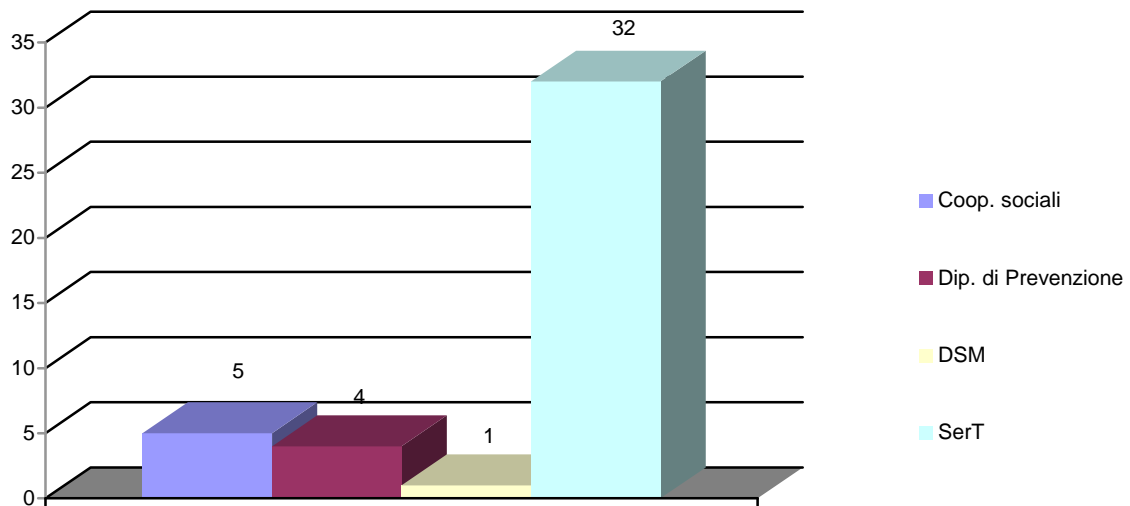


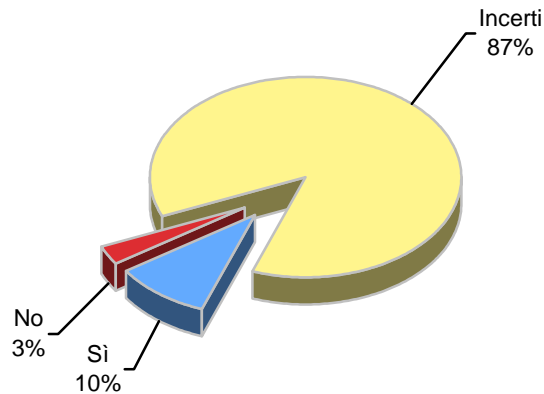
Grafico 22 - Progetti pervenuti in Puglia suddivisi per istituzione di provenienza (valori numerici)



Suddivisi per istituzioni, ci sono pervenuti:

Cooperative sociali 5, Dipartimento di Prevenzione 4, Dipartimento di Salute Mentale 1, Servizio Tossicodipendenze 32.

Grafico 23 - Adesioni al progetto in Puglia (valori percentuali)



Le istituzioni che hanno aderito al progetto sono state 13, ognuna di esse inviandoci più progetti per un totale di 42. Non sono stati presi in considerazione progetti anteriori all'anno 2000. Non hanno dato la loro adesione 4 realtà, mentre ben 116 adesioni sono state definite incerte, perché, pur riscontrando interesse e curiosità da parte degli operatori, questi richiedevano l'autorizzazione scritta da parte del Dirigente.

Completezza o parzialità

La raccolta dei progetti non si può affatto definire esaustiva e rappresentativa sia per quanto riguarda l'aspetto geografico sia per quel che concerne la quantità e la qualità delle attività di prevenzione in corso. Molte sono state le affermazioni di auto-svalutazione: molti operatori hanno dichiarato di avere diverse attività in corso prive di un consistente impianto progettuale; la maggior parte non è in grado di svolgere al meglio la valutazione di risultato, limitandosi al solo questionario di gradimento.

I progetti pervenuti riguardano le diverse aree tematiche, che risultano così distribuite:

Grafico 24 - Progetti svolti in Puglia suddivisi per aree tematiche aggregate (valori percentuali)

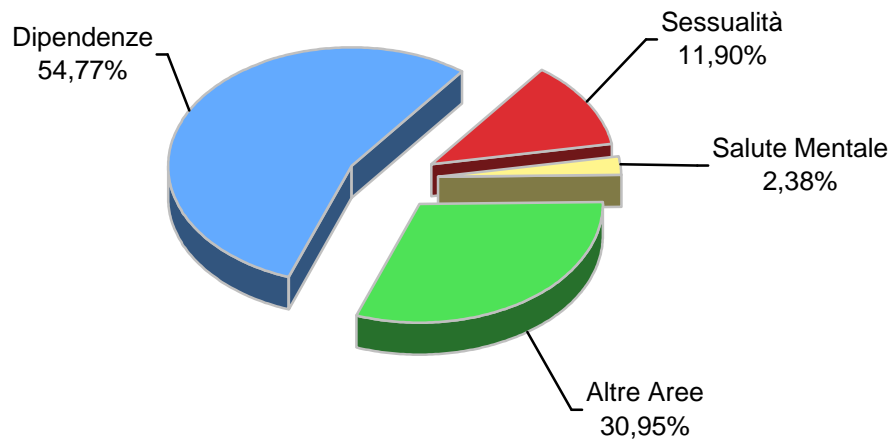
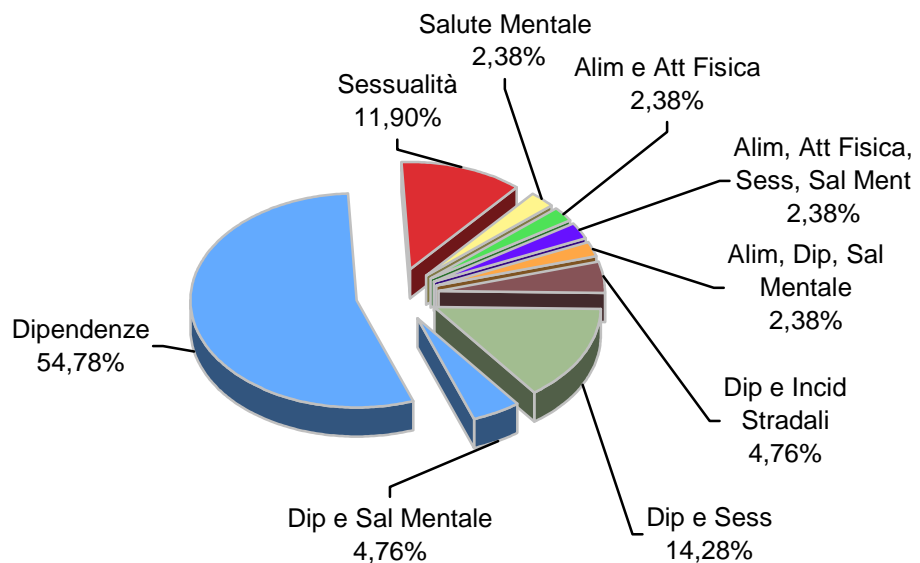


Grafico 25 - Progetti svolti in Puglia suddivisi per aree tematiche (valori percentuali)



Selezione e inserimento banca dati

Si è inserito tutto il materiale raccolto, perché non si è voluto applicare alcun criterio di selezione previa.

4.2.11 SARDEGNA

(a cura di Rosanna Aliberti, Alessandra Mereu e Alessandra Sotgiu)

Il Dipartimento di Sanità Pubblica dell'Università di Cagliari è il centro di documentazione per la Regione Sardegna per la realizzazione del progetto di monitoraggio dei comportamenti e delle metodiche di prevenzione nell'adolescenza, nell'ambito dei programmi di prevenzione, coordinati dal CCM.

Il progetto ha visto come direttore scientifico il Prof. Paolo Contu e, come documentaliste, la Dott.ssa Rosanna Aliberti e la Dott.ssa Alessandra Sotgiu.

Organizzazione della raccolta

Successivamente agli incontri preliminari con il gruppo di lavoro nazionale in cui si è presa visione del data base e della scheda di rilevazione si è cercato di individuare il sistema migliore di agire, al fine di raccogliere il maggior numero di informazioni possibili.

Per questo motivo si è proceduto prima di tutto a tracciare una linea d'azione che individuasse i passi da seguire, quali: creare una mappa regionale suddivisa per province delle figure istituzionali e no che potessero essere partner nella raccolta dei dati, in qualità di promotori o esecutori progettuali. La mappa è stata successivamente implementata attraverso la creazione di una lista di contatti e un'attenta ricerca di progetti regionali inerenti le 6 aree di intervento. Per individuare gli strumenti per la raccolta dei dati e i tempi in cui raccogliere una prima parte dei dati è stata predisposta una lettera di tipo informativo destinata ai rappresentanti istituzionali dei diversi enti, con la finalità di comunicare l'avvio del progetto e le relative attività. Nella lettera, inoltre, veniva richiesto di rendere disponibili eventuali progetti/interventi realizzati e in fase di realizzazione. Sono stati effettuati colloqui con i referenti, i responsabili e i direttori che svolgono o coordinano attività inerenti la promozione della salute e a tutti coloro che hanno aderito al progetto è stata inviata la griglia di rilevazione

Individuazione dei partner e loro coinvolgimento

In base a quanto stabilito dalle linee organizzative si è preparato un elenco di soggetti che erano coinvolti in attività progettuali o che lo erano state in passato.

L'elenco è stato costituito partendo da un'analisi delle figure attive sul territorio regionale, sia a livello istituzionale che non governativo.

I soggetti individuati sono stati i seguenti:

- Scuola (tramite gli uffici della Direzione Didattica Regionale)
- Università
- Aziende sanitarie Locali 1 (Sassari), 2 (Olbia), 3 (Nuoro), 4 (Lanusei), 5 (Oristano), 6 (Sanluri), 7 (Carbonia), 8 (Cagliari)
- Servizio di prevenzione dell'Assessorato di Igiene e Sanità e dell'assistenza sociale della Regione Sardegna
- Associazioni di volontariato
- Comuni
- Provincia
- Enti di Formazione Professionale.

Gli enti che hanno maggiormente collaborato sono stati: la Direzione Didattica Regionale, l'Università, ed alcune delle Aziende Sanitarie.

Per quanto riguarda le ASL il problema maggiore è stata la burocratizzazione dei passaggi per arrivare a definire chi doveva essere la persona di riferimento incaricata dall'azienda per interagire con il gruppo di censimento. Spesso infatti le ASL hanno risposto molti mesi dopo la scadenza data, tanto che ancora in questi giorni, dopo la scadenza della prima fase di censimento, stanno arrivando documenti e contatti.

La Scuola e l'Università sono stati molto più disponibili, anche se per le scuole, visto l'alto numero di richieste che tempestano i dirigenti scolastici i tempi si allungano notevolmente.

Riguardo le associazioni di volontariato, nonostante siano spesso impegnate in attività di prevenzione, si sono dimostrate scarsamente collaborative nel momento in cui l'impegno della condivisione dei progetti non era economicamente remunerativo.

La collaborazione è stata praticamente assente da parte di Comuni e Regione, i quali hanno spesso rimbalzato la domanda su diversi settori, sia perché in realtà esiste una scarsissima comunicazione interna, per cui anche all'interno di uno stesso assessorato i

diversi servizi non hanno molti contatti fra loro, sia perché si è cercato di scaricare la responsabilità sempre su qualcun altro. Questo atteggiamento ha portato di fatto ad una assenza di collaborazione.

Individuazione degli strumenti da utilizzare nella raccolta

Gli strumenti utilizzati nella raccolta sono stati quelli individuati a livello nazionale, quindi la scheda di censimento semplificata, a cui hanno fatto seguito i contatti telefonici o via mail per completare quando possibile, le parti non chiare o incomplete.

In generale, l'unico ostacolo è stata la quantità di dati richiesta che ha scoraggiato gli intervistati al primo impatto, per cui è stato necessario affiancare telefonicamente o di persona o via mail l'interessato per supportarlo nella compilazione.

Selezione ed inserimento dei dati raccolti e Analisi della situazione regionale

I dati raccolti sono stati inseriti completamente in quanto avendo come partner più attivi le scuole, è stato possibile avere già in partenza dei dati abbastanza congruenti con gli obiettivi della rilevazione e successivamente sono stati catalogati nella banca dati Pro.Sa.

Purtroppo però i progetti raccolti pur avendo una determinata strutturazione, sono risultati incompleti, non perché alcuni passi non siano stati fatti, ma perché le scuole stesse si sono dimostrate restie a divulgare tutti gli aspetti del progetto stesso.

Questo è un problema molto diffuso a livello regionale, su un territorio che ha da sempre manifestato una scarsissima collaborazione intersettoriale e in generale, per fenomeni culturali e sociali, una scarsa apertura alla condivisione delle attività.

In generale però i risultati raccolti sono stati positivi, soprattutto perché hanno iniziato a creare una rete di rapporti prima inesistente, che sta consentendo di continuare la comunicazione con tutti i soggetti.

Se l'attività continuerà si potrà arrivare in breve tempo ad una collaborazione costante, perché superati gli ostacoli burocratici iniziali ed instaurato un rapporto di fiducia con i partner coinvolti sarà più semplice continuare la raccolta e l'analisi dei dati.

La dimostrazione è che nonostante siano finite le attività dirette, stiano continuando ad arrivare dati che verranno pian piano inseriti nel database nazionale.

4.2.12 SICILIA

(a cura di Eleonora Indorato e Alessia Nastasi)

Per la realizzazione delle attività di ricognizione degli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti effettuati nella Regione Sicilia, il CEFPAS ha individuato la Dott.ssa Eleonora Indorato, in qualità di responsabile del progetto e la Dott.ssa Alessia Nastasi, in qualità di documentalista. Le funzioni di direzione del progetto sono state svolte dal Direttore Generale dell'Ente, Dott.ssa Rosa Giuseppa Frazzica.

Organizzazione della raccolta dati

Il censimento delle esperienze e degli interventi educativi di prevenzione e promozione della salute è stato orientato verso le strutture competenti per la promozione della salute e la prevenzione dei disagi adolescenziali e, sulla base di questo criterio di analisi, è stato predisposto, per ognuna delle 9 province siciliane, un elenco degli Enti pubblici del settore socio – sanitario (Aziende ospedaliere e territoriali, Assessorati regionali, Assessorati provinciali, Assessorati comunali, Uffici scolastici provinciali e regionali, Ministero di giustizia) e del privato sociale (Associazioni, consorzi e cooperative).

Strumenti utilizzati e azioni intraprese

Dopo aver individuato i referenti dei servizi/enti del territorio siciliano, sono stati elaborati due differenti modelli di lettera. Il primo modello di lettera, di tipo informativo, è stato destinato ai rappresentanti istituzionali dei diversi enti, con la finalità di comunicare l'avvio del progetto e le relative attività. Il secondo modello è stato inviato a direttori, responsabili, referenti che coordinano o svolgono attività inerenti alla promozione della salute, con la richiesta di rendere disponibili eventuali progetti/interventi realizzati o in corso. A tale lettera è stata allegata una scheda di adesione in cui si richiedeva la disponibilità ad aderire al progetto di ricerca.

Su un totale di 738 lettere inviate, 547 lettere contenevano la richiesta di collaborazione a cui hanno fatto seguito 128 adesioni da parte degli Enti interessati a fornire i propri progetti.

Azioni specifiche intraprese e loro ragioni

A tutti coloro che hanno aderito al progetto è stata successivamente inviata, tramite posta elettronica, la griglia di rilevazione, strumento operativo che riporta tutti i campi della banca dati nazionale Pro.Sa., da compilare a cura del responsabile del progetto interessato all'inserimento della propria iniziativa nella banca dati.

Completezza o parzialità

Le realtà appartenenti ai settori socio-sanitario e del privato sociale sono state ben rappresentate, seppure con contributi differenti. Infatti, su un totale di 259 progetti, 224 sono pervenuti dalle A.U.S.L., 20 dal privato sociale, 7 dalle Aziende Ospedaliere, 5 da enti pubblici e 3 da Istituti Scolastici.

La distribuzione delle iniziative è differente tra le 9 province del territorio siciliano: alcune sono state maggiormente rappresentate, mentre altre lo sono state solo parzialmente. Queste le percentuali in riferimento alla provenienza dei progetti: 28% dalla provincia di Agrigento; 22% dalla provincia di Caltanissetta; 14% dalla provincia di Messina; 14% dalla provincia di Palermo; 10% da Trapani; 4% da Enna; 3% da Ragusa; 3% da Catania; 2 % da Siracusa.

Selezione e inserimento in banca dati

Occorre sottolineare che non tutti i 259 progetti pervenuti sono stati poi inseriti in banca dati Pro.Sa. Il metodo di raccolta ha avuto come obiettivi principali quelli di creare una rete di servizi e relativi referenti e di avere una mappatura abbastanza completa del territorio. La valutazione metodologica è stata effettuata successivamente su tutti i progetti e gli interventi ricevuti.

Il mancato inserimento di n. 103 iniziative (tra progetti e interventi) è stato dovuto ad una serie di motivazioni: mancanza di coerenza con la finalità del progetto "Guadagnare salute negli adolescenti", riedizioni di uno stesso progetto, target non rispondente a quello individuato, informazioni non complete ai fini dell'inserimento in banca dati.

L'inserimento dei progetti è stato poi filtrato, oltre che sulla base dei suddetti parametri, anche in base ai criteri metodologici standard della progettazione, valutandone la presenza o assenza dei principali elementi (obiettivi, piano operativo, valutazione, etc.) piuttosto che esprimendo un giudizio di valore sulla qualità.

Dal mese di settembre del 2007 al mese di luglio 2008, nella banca dati Pro.Sa. sono stati complessivamente inseriti 135 progetti provenienti dalla Regione Sicilia, con una

diversa distribuzione per le 6 aree tematiche identificate: alimentazione 11%; attività fisica 6%; dipendenze 27%; incidenti stradali 5%; sessualità 21%; salute mentale 31%. Tra questi progetti, quelli che trattano singole aree tematiche ammontano a 107, 19 sono quelli contenenti due aree tematiche, e 9 i progetti con 3 o più aree tematiche.

Grafico 26 –Enti promotori

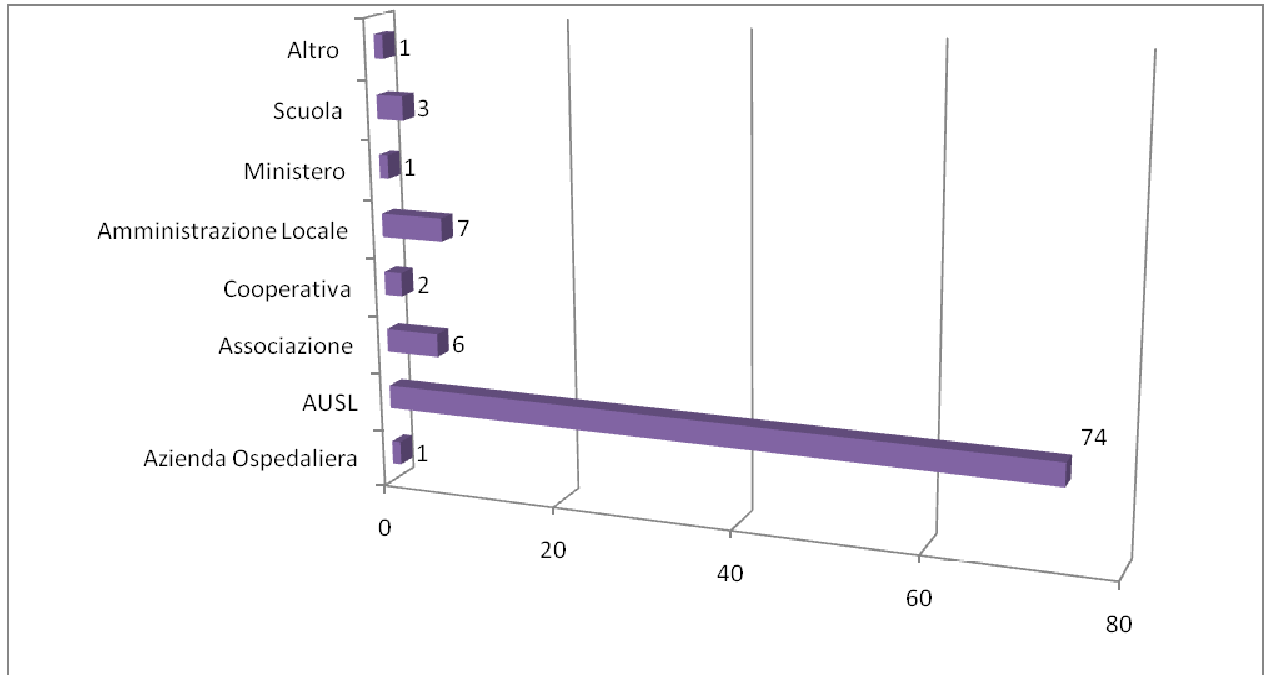
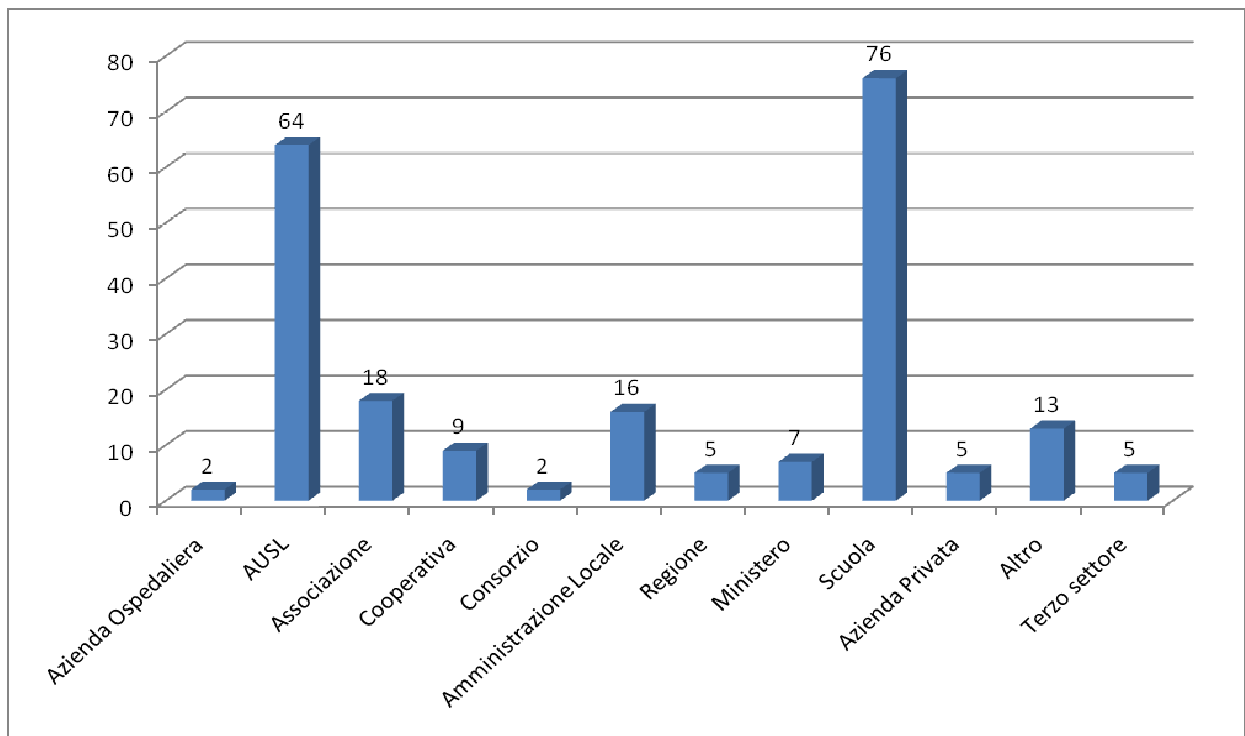


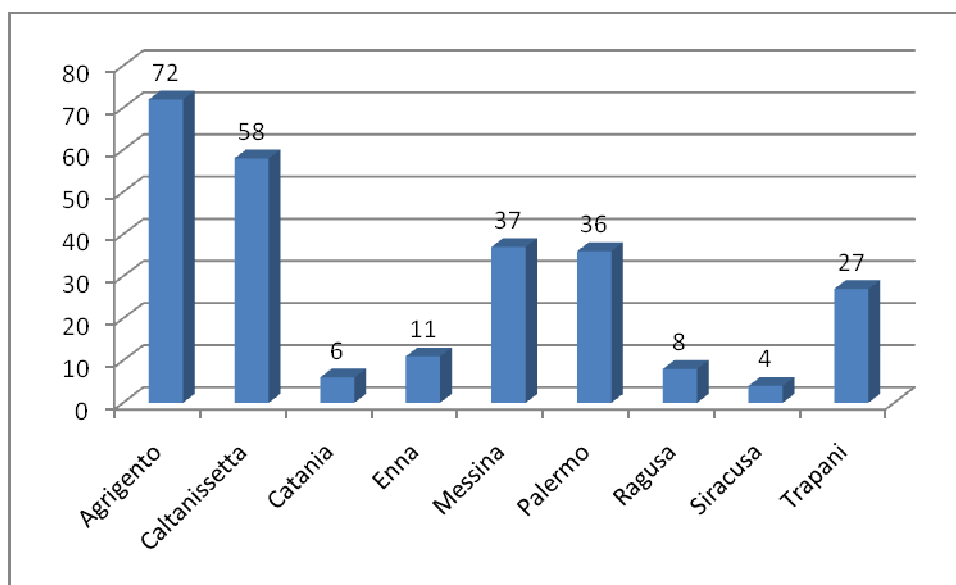
Grafico 27 – Enti coinvolti



I dati contenuti nei Grafici 26 e 27 illustrano gli enti che hanno, a vario titolo, preso parte ai progetti. Il Grafico 26 riporta i dati relativi agli enti che assumono compiti direttivi e di coordinamento all'interno dell'azione progettuale, mentre il Grafico 27 evidenzia la situazione degli enti che sono stati coinvolti nelle varie fasi progettuali.

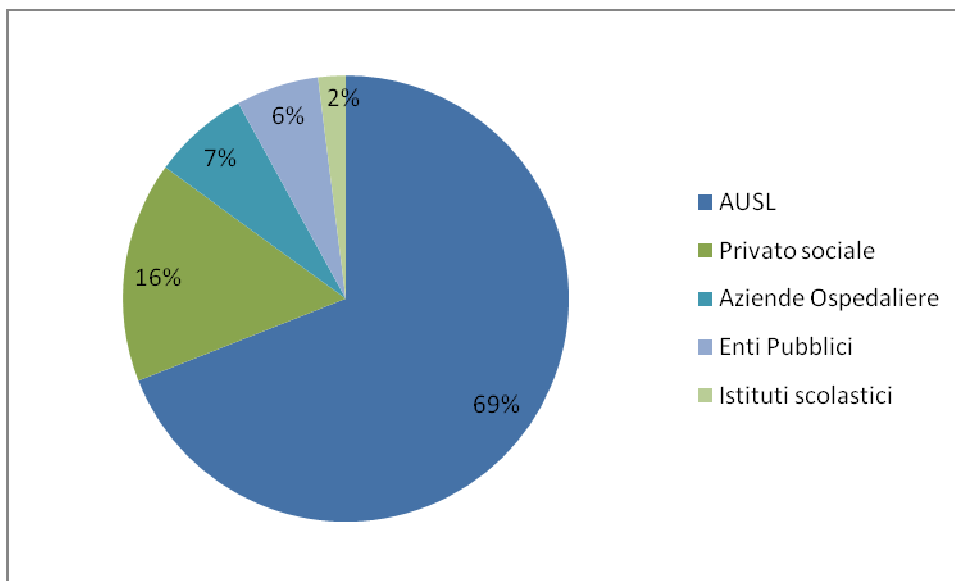
Dai 2 grafici si evince chiaramente che un numero cospicuo di progetti proviene dall'AUSL e che una buona parte di questi è stato realizzato in collaborazione con la scuola.

Grafico 28 –Progetti suddivisi per Provincia



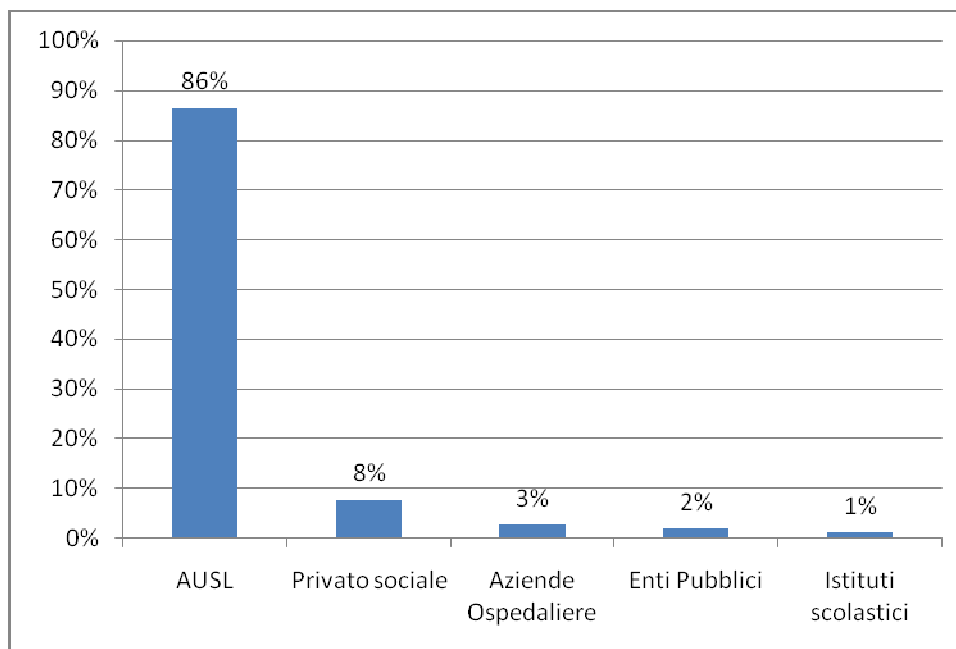
I dati contenuti nel Grafico 28 rappresentano la distribuzione dei progetti provenienti dalle 9 province siciliane. Occorre precisare che sono stati inseriti e pubblicati esclusivamente i progetti e gli interventi educativi che rispondevano a precisi requisiti metodologici relativi all'impianto progettuale ed i progetti ritenuti completi delle informazioni necessarie all'indagine.

Grafico 29 –Adesioni al Progetto



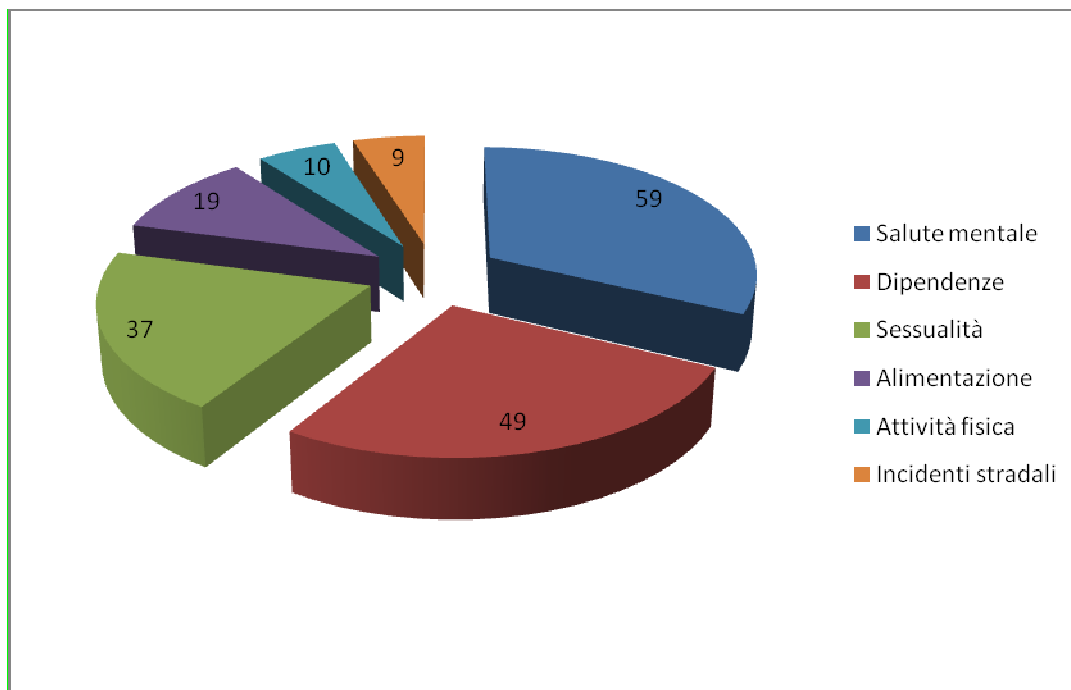
I dati contenuti nel Grafico 29 indicano la tipologia delle adesioni al progetto. Come si evince dal grafico, le AUSL hanno aderito in percentuale superiore rispetto agli altri Enti/Aziende.

Grafico 30 –Progetti inviati suddivisi per Azienda/Ente



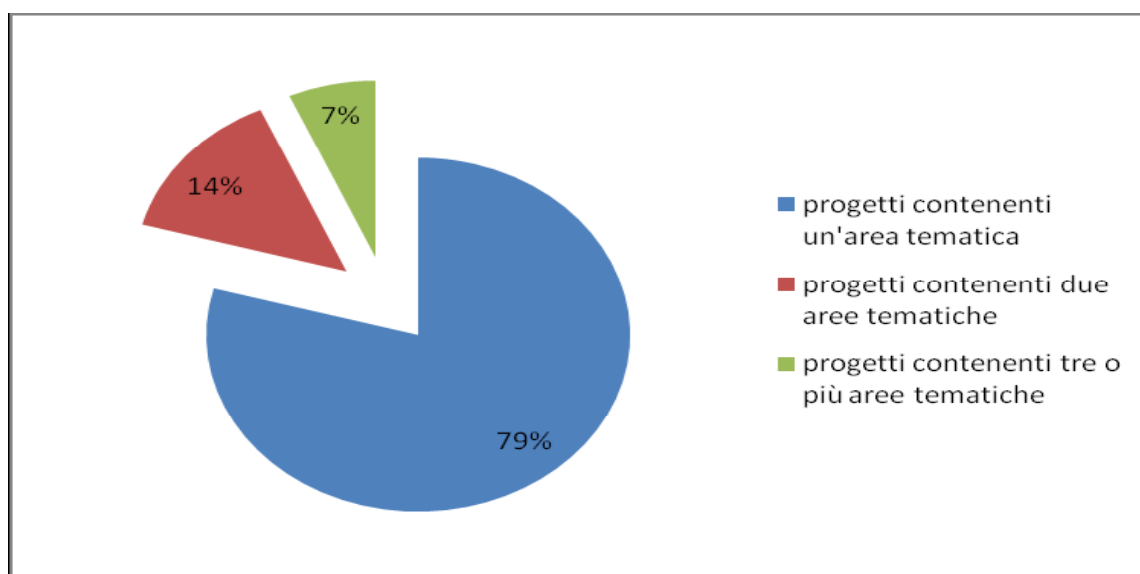
I dati contenuti nel Grafico 30 descrivono in percentuale il numero dei progetti pervenuti dalle diverse Aziende/Enti pubblici e privati. Si osserva che su 259 progetti, le AUSL hanno inviato il maggior numero di iniziative realizzate a favore degli adolescenti.

Grafico 31 – Progetti distribuiti per Area tematica



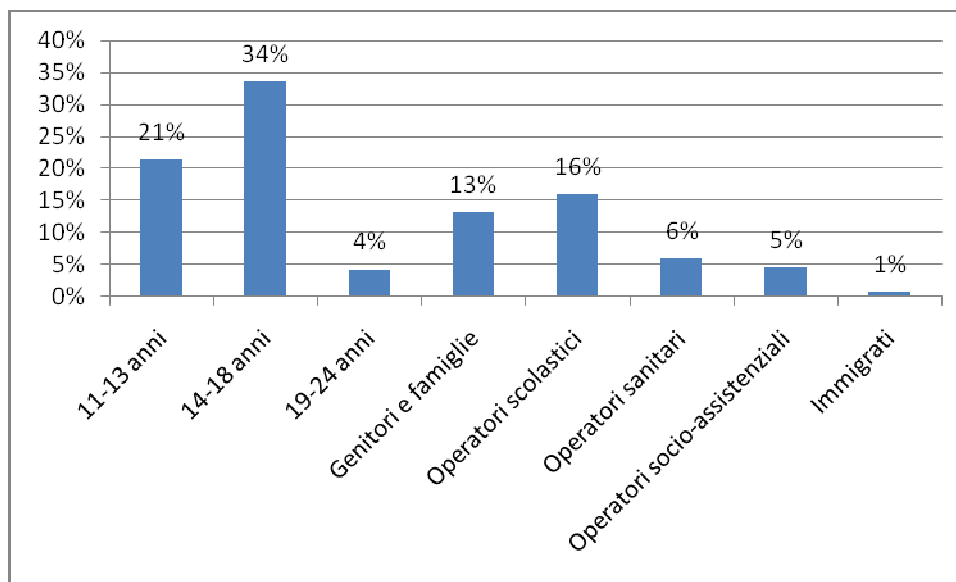
I dati contenuti nel Grafico 31 descrivono la distribuzione dei progetti per area tematica. Come si evince dal grafico la maggior parte dell'esperienze ricevute sono state progettate nell'ambito dell'area della Salute Mentale. Occorre sottolineare che alcuni progetti abbracciavano più aree tematiche. La distribuzione di tali iniziative, rientranti in una o più aree tematiche, è illustrata nel grafico successivo.

Grafico 32 –Progetti contenenti una o più aree tematiche



Il Grafico 32 descrive la percentuale dei progetti contenenti una o più aree tematiche. Da tale rappresentazione grafica emerge che il maggior numero di progetti, ovvero il 79%, si sono sviluppati in una singola area tematica.

Grafico 33 – Destinatari dei progetti



Dal Grafico 33 si evince che la maggior parte dei progetti hanno coinvolto adolescenti che rientrano nella fascia d'età 14 – 18 anni; in tal senso l'obiettivo della ricognizione coincide perfettamente con il target coinvolto. In un'ottica di miglioramento andrebbero maggiormente coinvolti i ragazzi nella fascia 11-13, in quanto già in pre-adolescenza si verificano difficoltà nei processi di crescita che si esprimono sia in manifestazioni sociali (evasione scolastica, assunzione di comportamenti devianti, con particolare riferimento al bullismo) che di sofferenza individuale (disturbi alimentari, depressione, ansia, dipendenze patologiche).

I dati denotano, inoltre, che i genitori e le famiglie non sono stati sufficientemente coinvolti pertanto, in futuro, si potrebbero prevedere delle attività ad hoc per adolescenti e famiglie.

4.2.13 TOSCANA

(a cura di Daniela D'Angelo e Alberto Silva)

L'attività di ricognizione finalizzata alla conoscenza dei progetti promossi in Toscana nell'area della promozione della salute e della prevenzione dei comportamenti a rischio più comuni nel mondo giovanile è iniziata con la scelta dei criteri e delle modalità da utilizzare per l'individuazione e il coinvolgimento dei servizi d'interesse per la rilevazione.

Attraverso un contatto diretto con funzionari della Regione Toscana è stato possibile individuare nelle Unità Operative di Educazione alla Salute (EaS) della Aziende Sanitarie l'ambito preferenziale per poter conoscere i progetti oggetto d'interesse per l'area "Guadagnare in salute negli adolescenti": questi servizi hanno costituito i referenti privilegiati per l'operazione di censimento e di documentazione degli interventi promossi a livello locale.

In questa tipologia di servizi (EaS) vengono infatti progettate e svolte iniziative nell'ambito della promozione di stili di vita corretti.

Il contatto con i servizi

Il metodo utilizzato, seppur dispendioso, è stato il contatto diretto con i soggetti: il telefono e la posta elettronica sono serviti per un primo contatto e per stabilire date, ore e luoghi di incontro. Recarsi nei luoghi di lavoro, illustrando le finalità dell'indagine e evidenziando l'utilità del documentare, anche nell'ottica di un successivo lavoro di valutazione degli interventi e, allo stesso tempo, il poter condividere criticità e successi dell'attività dell'EaS, ha rappresentato un elemento di facilitazione.

Il criterio di scelta dei progetti da inserire in banca dati

Durante gli incontri sono state condotte interviste informali ed è stato possibile lavorare con i responsabili e gli operatori impegnati negli interventi per reperire tutte le informazioni utili alla valutazione del progetto prima della decisione, assunta in comune, di inserirlo a pieno titolo nella banca dati Pro.Sa.

Una operazione di valutazione e filtro di questo genere ha fatto sì che venissero catalogati soltanto i progetti che possedevano caratteristiche di innovazione, applicabilità, riproducibilità, secondo un parere condiviso con gli operatori.

Molti progetti non sono stati quindi inseriti se non superavano questo test: è stata posta particolare attenzione invece alla documentazione dei progetti inseriti in banca dati. In questo caso, è stato molto curato l'aspetto della ricerca di qualsiasi tipo di documento e materiale utile a descrivere ed a riproporre il progetto anche in altre realtà. In ogni progetto sono stati documentati anche i rapporti finali, le valutazioni, le delibere, i documenti e qualsiasi elemento saliente dell'iniziativa.

È stata messa in atto una particolare attenzione ai documenti o alle iniziative di valutazione delle *performances* che hanno accompagnato l'attività, con particolare riferimento all'utilizzo di indicatori di processo, di risultato e le valutazioni qualitative espresse.

Modalità di rapporto con gli stakeholder – valore aggiunto

La modalità di rapporto diretto (dislocazione fisica presso le sedi dell'EaS, dei Ser.T e di altre realtà del privato sociale) con testimoni privilegiati dei servizi (responsabili, operatori impegnati nei progetti), ha favorito l'instaurarsi di una buona relazione di scambio: in qualche caso l'indagine ha implementato gli scambi interaziendali ed i contatti tra operatori di diverse realtà (socializzazione dei progetti ed iniziative).

La costruzione di buone relazioni con e tra le aziende ha come valore aggiunto anche il rafforzamento dei contatti tra servizi e le possibilità di cooperazione anche in una ottica extra-aziendale. Il clima generalmente amichevole che si è creato costituisce anche un elemento importante per l'aggiornamento e implementazione della banca dati; in questo clima la prospettiva di un addestramento del personale dei servizi sull'aggiornamento della banca dati è una ipotesi possibile.

Criteri di suddivisione dei progetti

A grandi linee è possibile suddividere i progetti inizialmente in due grandi classi: progetti tradizionali e progetti innovativi. Ovviamente non esiste un taglio netto che distingue i due ambiti ma è possibile fare alcune semplificazioni che li caratterizzano, ricordando che in accordo con i responsabili dei progetti abbiamo deciso di inserire in banca dati solo quelli che presentano elementi di innovazione, ad esempio l'utilizzo della metodologia della *peer-education*.

In riferimento alle attività più tradizionali ci preme ricordare che seppur iniziative degne di nota, si percepisce poco controllo da parte dei servizi che li promuovono in prevalenza EaS, in termini di monitoraggio (o valutazione). In questa grande classe

possiamo ritrovare le iniziative classiche sul fumo, sulle sostanze d'abuso (distribuzione di opuscoli prodotti altrove, conferenze, concorsi nelle scuole) ed altro, quasi mai accompagnati da una valutazione. Questo genere di progetti possono realizzarsi anno dopo anno senza troppe modifiche, aggiornamenti o allargamenti che implichino la partecipazione di altri soggetti o istituzioni.

Sono invece definibili “innovativi” quei progetti che, pur prendendo ispirazione dai grandi temi, si sviluppano in modo originale intessendo reti di collaborazione che si estendono nel tempo coinvolgendo sempre più attori, che si sviluppano e che mutano gradualmente nel periodo in cui si svolgono. In genere si tratta di progetti che lavorano in rete, inserendosi anche in iniziative preesistenti e che prevedono l'utilizzo di strumenti di valutazione, indicatori, report e considerazioni finali, risultati raggiunti, riarrangiamenti in progress, monitoraggio continuo delle *performances*.

È possibile che in questi interventi si produca direttamente anche materiale informativo (didattico) *ad hoc* dedicato ad alcune fasi del progetto (intervento nelle scuole) e *gadget*.

In archivio sono stati inseriti soltanto i progetti “innovativi” o comunque che nel tempo hanno manifestato uno sviluppo interessante.

Qualche dato sui progetti censiti

Per poter lavorare meglio sui dati abbiamo organizzato in una griglia le informazioni salienti dei progetti (anno, continuità, esistenza o meno di metodi di osservazione, indicatori di processo, valutazione d'impatto). In questo modo abbiamo potuto catalogare le iniziative secondo le aggregazioni che ritenevamo più consone. Per una ulteriore sintesi abbiamo attribuito un punteggio ad ogni progetto a partire dalle caratteristiche che abbiamo ritenuto significative (numero di allegati, di interventi associati, di valutazione di processo ed altro). Ovviamente, si tratta di una ipotesi di “griglia di analisi” che è possibile applicare anche a numeri più elevati di progetti.

Questa sezione di analisi e valutazione vuole rappresentare un metodo piuttosto che la descrizione dei progetti in banca dati: un modello da poter eventualmente utilizzare su grandi numeri a livello nazionale (per tipologia, titolarità, regione ed altro).

Ipotesi di analisi descrittiva - Dati generali

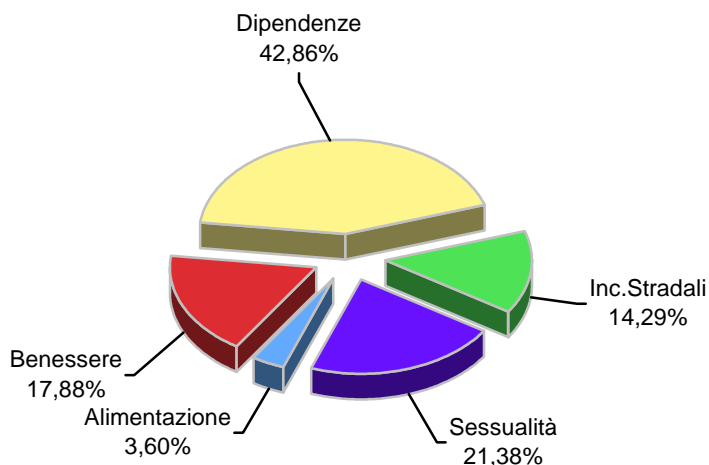
Attualmente sono in archivio 28 progetti “innovativi”, inclusione condivisa con i servizi. La maggioranza degli interventi documentati (60%) sono iniziati dal 2003: gli altri, i più

vecchi, sono progetti che hanno mostrato una continuità ed un interesse nel tempo, requisiti tali da garantirne comunque l'inclusione in banca dati.

Tutti i progetti considerati sono attualmente in corso anche se negli anni possono aver cambiato nome e finanziatore mantenendo però l'obiettivo ed il target di riferimento.

In generale, la maggior parte dei progetti riguarda l'area delle dipendenze, delle sessualità e degli incidenti stradali.

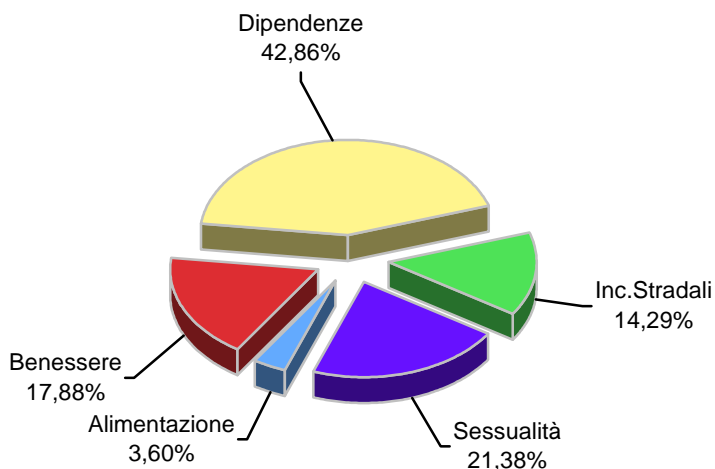
Grafico 34 –Progetti svolti in Toscana suddivisi per area tematica (valori percentuali)



Analizzando i titolari degli interventi (chi progetta e chi segue i progetti) dei 12 progetti relativi all'area tematica Dipendenze, 10 sono stati promossi dai seguenti enti: dal contesto Azienda UsI (6), Sds (2) e Comune (2).

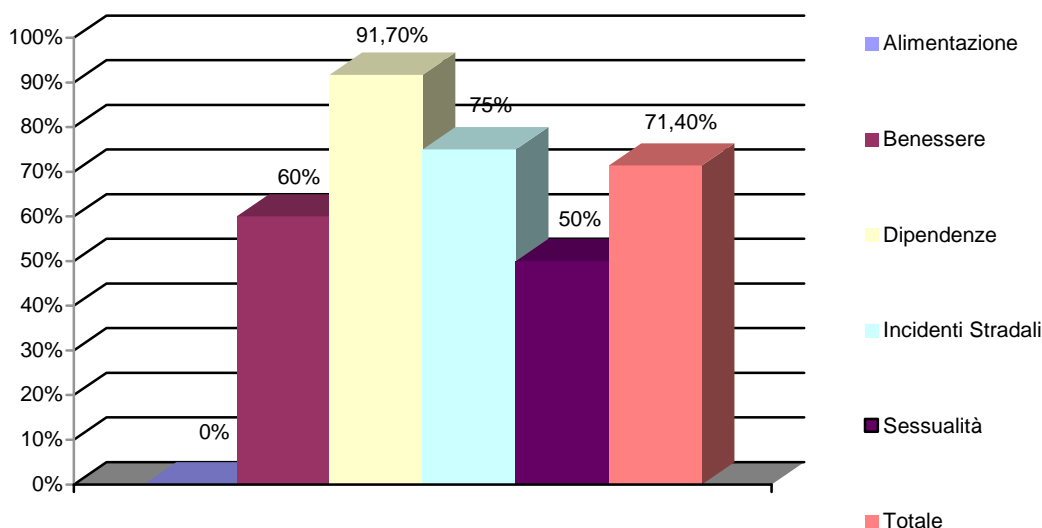
La ASL è titolare della progettazione di circa il 70% degli interventi censiti.

Grafico 35 - Progetti svolti in Toscana suddivisi per titolari dei progetti (valori percentuali)



Dall'analisi dei progetti aventi o no la presenza delle associazioni "no-profit" emerge che circa il 70% vede la partecipazione del privato sociale: nell'area delle dipendenze questa presenza riguarda il 91% dei progetti.

Grafico 36 - Presenza del "privato sociale" all'interno di progetti svolti in Toscana suddivisi per area tematica (valori percentuali)



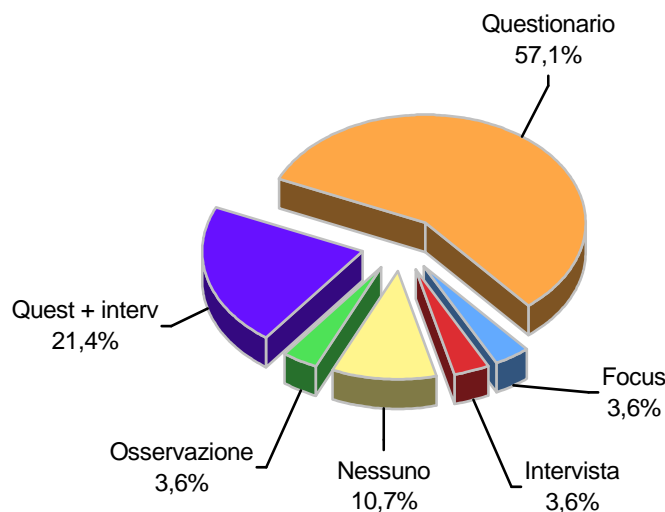
Altre valutazioni

La documentazione allegata e gli interventi associati hanno rappresentato spesso un elemento di "valore" del progetto, sia in termini descrittivi che di allargamento delle azioni.

Il numero medio di "allegati" e di attività collegate al progetto costituisce un elemento che distingue ogni progetto: il valore più alto di allegati si trova nei progetti sulla "sessualità ed affettività" mentre il numero di "interventi associati" è più elevato nell'ambito dell'alimentazione (che però ha un solo progetto incluso in banca dati).

Strumenti di rilevazione utilizzati

In prevalenza, gli interventi sono stati preceduti da un'analisi dei comportamenti dei destinatari. Solo il 10% dei progetti non ha previsto un'analisi di contesto.

Grafico 37 - Strumenti di rilevazione dei comportamenti utilizzati all'interno di progetti svolti in Toscana (valori percentuali)

Quasi tutti i progetti hanno effettuato un'analisi di contesto relativa ai comportamenti su cui si doveva intervenire, utilizzando strumenti di rilevazione (prevalentemente "questionario", utilizzato nel 60% dei casi, ma anche interviste e altri strumenti di rilevazione).

Definizione di un punteggio di sintesi

Per sintetizzare con un solo valore ogni progetto abbiamo sperimentato un approccio che tiene di conto di alcuni parametri propri di ogni intervento.

Abbiamo suddiviso il "valore" del progetto in 3 aree: contenuto, strumenti e indicatori.

Il contenuto, prende in considerazione il numero di Allegati e il numero di Interventi Associati. Gli Allegati possono essere di vario tipo: documento di progetto, delibere, materiale informativo e divulgativo, strumenti di rilevazione e rapporti di verifica o monitoraggio prodotti, altro. Gli Interventi Associati, invece, documentano nello specifico le attività con cui si articola il progetto. Con Strumenti ci si riferisce invece alle tecniche di rilevazione utilizzate per monitorare i soggetti target. Per Indicatori si considerano gli strumenti utilizzati per monitorare il processo e gli esiti del progetto. Ad ogni *item* è stato attribuito un valore per poter meglio graduare il punteggio.

Attraverso l'utilizzo di un programma di statistica è stato possibile attribuire, secondo uno schema, un valore ad ogni progetto e procedere in questo modo a tutte le ulteriori aggregazioni.

Qualche risultato

Senza estendere troppo l'analisi, proponiamo una tabella con i valori statistici del punteggio per le principali aggregazioni tipologiche.

Tabella 6 - Progetti svolti in Toscana - Valori statistici del punteggio per le principali aggregazioni

Tipologia	Numero	Media	Mediana	Min	Max	Dev. Stand
Alimentazione	1	19	19	19	19	0
Benessere	4	10,3	11	0	19	9,2
dipendenze	12	15,5	17	10	30	5,6
incidenti stradali	4	17,3	19	7	24	7,3
sessualità	6	20,7	20,5	8	31	8

E' ovviamente possibile aggregare per qualsiasi variabile e produrre ad esempio una tabella con i punteggi riportati da ogni singolo progetto.

Conclusioni

Questo rapporto vuole costituire soltanto una ipotesi di lavoro sui dati dei progetti, lanciare qualche idea sulle possibili elaborazioni o sistematizzazioni. Sono state indicate anche le metodologie applicate per la scelta dei progetti, i modelli di condivisione con la controparte e qualche elemento di valutazione.

4.2.14 UMBRIA

(a cura di Paolo Franchi e Giancarlo Pocetta)

Organizzazione della raccolta

In Umbria la ricognizione e la raccolta dei progetti di Promozione della Salute e di Prevenzione rivolti agli adolescenti/giovani è stata realizzata dal Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria (CSES) dell'Università di Perugia che a tale scopo ha individuato 2 apposite figure professionali:

- il responsabile/referente del progetto per l'Umbria, nella persona del dott. Giancarlo Pocetta, Ricercatore in Igiene e Sanità Pubblica, Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria che ha presieduto all'organizzazione della raccolta nelle fasi di

programmazione (individuazione dei più autorevoli interlocutori regionali per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria) e di realizzazione (principali incontri con tali interlocutori e periodiche riunioni di lavoro con il documentalista per il costante monitoraggio delle attività);

- il documentalista, nella persona del dott. Paolo Franchi, Specialista in Igiene e Medicina Preventiva che, oltre a partecipare alla programmazione della rilevazione ed agli incontri con i referenti regionali per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, ha concretamente effettuato la raccolta dei progetti e la loro immissione in banca dati.

Come principali interlocutori regionali sono stati individuati per l'area sanitaria il Servizio VII "Prevenzione" della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria che ha reso possibile e supportato la collaborazione con le Referenti per l'Educazione Sanitaria e la Promozione della Salute delle quattro ASL umbre, per l'area scolastica l'Ufficio Scolastico Regionale (USR) e per quella sociale la Sezione IV "Diritti dell'Infanzia, Adolescenza e Giovani" del Servizio IX "Programmazione Socio-Assistenziale, Progettualità di Territorio e Azioni Coordinate con gli Enti Locali" della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali - Regione Umbria.

Hanno attivamente collaborato alla rilevazione, in alcuni casi nel ruolo di *trait d'union* con i responsabili dei progetti, in altri in quello di autori e realizzatori degli elaborati messi a disposizione e talvolta, infine, in entrambe le vesti, i seguenti professionisti che si ringraziano particolarmente per la disponibilità dimostrata:

- per il Servizio VII "Prevenzione" della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali della Regione Umbria: Dott.ssa Giaimo Maria Donata, Responsabile del Servizio e Referente Regionale per il CCM;
- per la Struttura Semplice (S.S.) Educazione Sanitaria dell'ASL1 dell'Umbria: Dott.ssa Giovannoni Marisa, Responsabile della S.S. e Barzotti Marisa, Infermiera Professionale esperta in Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria;
- per l' U.O.C. Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione dell'ASL2 Umbria Dott.ssa Daniela Barzanti Responsabile dell'U.O.C, Dott.ssa Daniela Ranocchia Responsabile U.O.S. Qualità ed, in particolare, Daniela Bovo, Responsabile dell'U.O.S. Comunicazione;
- per il Servizio Aziendale Educazione alla Salute dell'ASL3 dell'Umbria: Dott.ssa Vincenza Lucchetta, Responsabile del Servizio;

- per l'U.O. Formazione ed Educazione alla Salute dell'ASL4 Terni: Dott.ssa Marina Brinchi, Responsabile dell'U.O.;
- per il CSES dell'Università degli studi di Perugia: Dott.ssa Paola Beatini, Dottore di Ricerca in Educazione Sanitaria;
- per l'Ufficio Scolastico Regionale (USR) per l'Umbria: Prof.ssa Rosella Carroli, Referente per l'Educazione alla Salute;
- per il Servizio IX "Programmazione Socio-Assistenziale, Progettualità di Territorio e Azioni Coordinate con gli Enti Locali" della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali dell'Umbria ed in particolare per la Sezione IV "Diritti dell'Infanzia, Adolescenza e Giovani": Dott.ssa Adriana Lombardi, Responsabile del Servizio IX e Dott.ssa Maria Speranza Favaroni, Responsabile della Sezione IV;
- per il Consultorio Giovani dei Servizi Consultoriali dell'Area del Perugino dell'ASL2 Umbria: Dott. Antonio Artegiani, Andrologo e Sessuologo e Dott.ssa Elena Carpano, Responsabile del Servizio;
- per il Servizio di Alcologia - G.O.A.T. (Gruppo Operativo Alcolologico Territoriale) del Distretto Sanitario del Perugino dell'ASL2 di Perugia: Dott. Luciano Bondi, Responsabile del Servizio ed in particolare Patrizia Di Bartolo, Infermiera Professionale esperta in Promozione della Salute ed Educazione Sanitaria;
- per il Centro di Salute (CdS) di Bastia Umbra e per il Servizio Assistenza e Segretariato Sociale del Consultorio di Assisi - Bastia Umbra del Distretto dell'Assisano dell'ASL2 Umbria: Dott.ssa Anna Maria Gentili, Responsabile del CdS di Bastia Umbra e Dott.ssa Silvana Pampanelli, Assistente Sociale dell'AUSL2 Umbria, Psicoterapeuta e Sessuologa;
- per il Centro Salute Mentale (CSM) dell'Area Interdistrettuale di Ponte San Giovanni e dell'Assisano (Bastia Umbra): Dott. Giampaolo Bottaccioli, Responsabile del CSM;
- per il CSM di Bastia Umbra: Anna Castellini, Assistente Sociale; Dott.ssa Paola Timi, Psicologa; Dott.ssa Maria Papa, Operatrice della Riabilitazione Psico-Sociale del Centro Diurno di Riabilitazione Psico-Sociale ASL2 Umbria - Cooperativa ASAD;
- per il Servizio di Sicurezza Aziendale dell'ASL2 Umbria: Dott. Luigi Sicilia, Responsabile del Servizio;
- per il Centro di Salute (CdS) di Todi del Distretto n.3 Media Valle del Tevere (MVT) dell'ASL2 Umbria: Dott. Filippo Antonio Bauleo, già Direttore del Distretto MVT, Dott.ssa Maria Antonietta Ruggeri, Assistente Sanitario del Distretto MVT e Dott.ssa Silvia Beati, Assistente Sanitario del Distretto MVT;

- per la Sezione Provinciale di Perugia dell' A.I.E.S. (Associazione Italiana Educazione Sanitaria): Prof.ssa Lori Tocchio Bruni, Presidente Regionale della Sezione Umbria e Dott.ssa Maria Antonietta Ruggeri, Dottore in Pedagogia e in Scienze Psicologiche dell'Intervento Clinico;
- per il Centro Disturbi del Comportamento Alimentare (DCA) Residenza "Palazzo Francisci" di Todi ETAB-ASL 2 Umbria: Dott.ssa Laura Dalla Ragione, Responsabile dell'U.O. Palazzo Francisci;
- per l'Unità Operativa Complessa Igiene e Sanità Pubblica (U.O.C. ISP) del Dipartimento di Prevenzione dell'ASL2 Umbria: Dott. Massimo Gigli, Responsabile del Servizio ed, in particolare, Dott.ssa Erminia Battista, Medico Igienista e Assunta Maurini, Assistente Sanitaria
- per il Distretto Socio-Sanitario del Trasimeno dell'ASL2 Umbria: Dott.ssa Valeria Matteucci Direttore del Distretto per l'anno scolastico 2007/08, Dott.ssa Simonetta Simonetti Direttore del Distretto per l'anno scolastico 2008/09 ed, in particolare, Dott.ssa Pamela Raspa, Psicologa;
- per il Servizio di Medicina dello Sport del Dipartimento Prevenzione dell'ASL2 Umbria: Dott. Bruno Stafisso, Responsabile del Servizio;
- per l'I.P.S.S.C.T. (Istituto Professionale per i Servizi Commerciali e Turistici) - "Italo Calvino" di Città della Pieve (PG): Prof.ssa Ivonne Fuschiotto, Referente per l'Educazione alla Salute.

Strumenti utilizzati

Per favorire la collaborazione all'iniziativa da parte delle varie figure professionali individuate sono stati utilizzati, talora con adattamenti e/o integrazioni, alcuni strumenti operativi appositamente realizzati dai vari Centri di Documentazione Regionali e messi a disposizione in un'apposita sezione dello specifico sito web DoRS. Nel dettaglio sono stati impiegati:

- una lettera di presentazione del progetto firmata dal Dott. Giancarlo Pocetta e, limitatamente alla versione destinata alle responsabili degli Uffici di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute delle quattro ASL dell'Umbria, sottoscritta anche dalla Dott.ssa Giaimo in qualità di Responsabile del Servizio VII "Prevenzione" della Regione Umbria e di Referente Regionale per il CCM;
- la versione integrale del Progetto "Guadagnare salute negli adolescenti";

- il cronoprogramma del progetto, per la parte relativa all'Umbria e limitatamente all'indicazione dei tempi di svolgimento della rilevazione;
- la griglia di rilevazione proposta dalla Regione Toscana integrata con poche modifiche per rendere ancora più agevole la compilazione della scheda progettuale della banca dati.

Azioni specifiche intraprese e loro ragioni

La ricognizione, pur avvalendosi dell'esperienza e professionalità acquisite dal CSES attraverso precedenti attività di censimento di progetti di promozione della salute e prevenzione nel campo dell'alimentazione e dell'attività fisica, non ha tuttavia privilegiato l'approfondimento di una particolare area tematica. La motivazione di questa scelta è stata quella di fornire un quadro il più possibile completo delle attività realizzate in Umbria in merito alle sei principali tematiche previste dal progetto. Relativamente alle aree tematiche non indicate, meritano una segnalazione i progetti sulla prevenzione e sicurezza nei luoghi di lavoro, alcuni di particolare interesse per le modalità di coinvolgimento del target.

Dal punto di vista territoriale, invece, nel corso della rilevazione si è deciso di approfondire le attività svolte dai servizi dell'ASL 2 dell'Umbria (Perugia, Assisi, Media Valle del Tevere, Lago Trasimeno). Dopo aver esaminato - presso l'archivio del Servizio Staff Sviluppo Qualità e Comunicazione - le schede riepilogative dei progetti realizzati nel territorio dell'ASL 2, è infatti apparso necessario integrare questo materiale tramite incontri diretti con i responsabili di alcuni progetti di particolare interesse ai fini della ricognizione. Gli incontri si sono svolti, previo contatto telefonico, presso i rispettivi servizi degli operatori.

Completezza o parzialità

La raccolta fornisce un quadro rappresentativo - quantunque non pienamente esaustivo - delle iniziative di promozione della salute e prevenzione rivolte agli adolescenti, effettuate in Umbria dal 2003 ad oggi, tanto dai Servizi delle ASL quanto dalle Scuole. Infatti, rispettivamente per i primi e per le seconde, le Referenti dei quattro Uffici di Educazione Sanitaria e Promozione della Salute del Servizio Sanitario Regionale (SSR) e la Referente per l'Educazione alla Salute dell'Ufficio Scolastico Regionale (USR) hanno individuato e fornito i progetti/interventi ritenuti più significativi, condividendo la scelta con il documentalista. Va segnalato che i progetti dei Servizi Territoriali dell'ASL4

Terni sono stati solo parzialmente indagati per motivi organizzativi e di tempo, mentre sono stati censiti alcuni progetti anteriori al 2003 in quanto particolarmente significativi oppure ancora riproposti con appropriate modifiche, sebbene sia trascorso molto tempo (anche decenni) dal primo anno di realizzazione.

Quanto ai Servizi Sociali, il Servizio IX della Direzione Regionale Sanità e Servizi Sociali dell'Umbria ha potuto segnalare soltanto i progetti più significativi promossi dal proprio Servizio insieme a quelli Territoriali, in quanto esso, a differenza delle ASL, non effettua il monitoraggio delle attività realizzate autonomamente dai Servizi Periferici.

La realtà delle Associazioni di Volontariato o Terzo Settore o Privato Sociale è invece stata indagata solo indirettamente per il coinvolgimento nei progetti realizzati da ASL, Scuole e Servizi Sociali e meriterebbe un maggior approfondimento. Dalla rilevazione - in particolare da alcuni colloqui con gli operatori dei servizi ASL e dalla navigazione nel web - è emerso che questo sarebbe possibile contattando i due principali interlocutori regionali di riferimento, i Ce.S.Vol. (Centri Servizi per il Volontariato) delle province di Perugia e di Terni.

Va infine segnalato che la rilevazione dei progetti è stata privilegiata rispetto quella degli interventi isolati per la difficoltà di reperire il materiale di documentazione relativo a questi ultimi.

Selezione e inserimento in banca dati

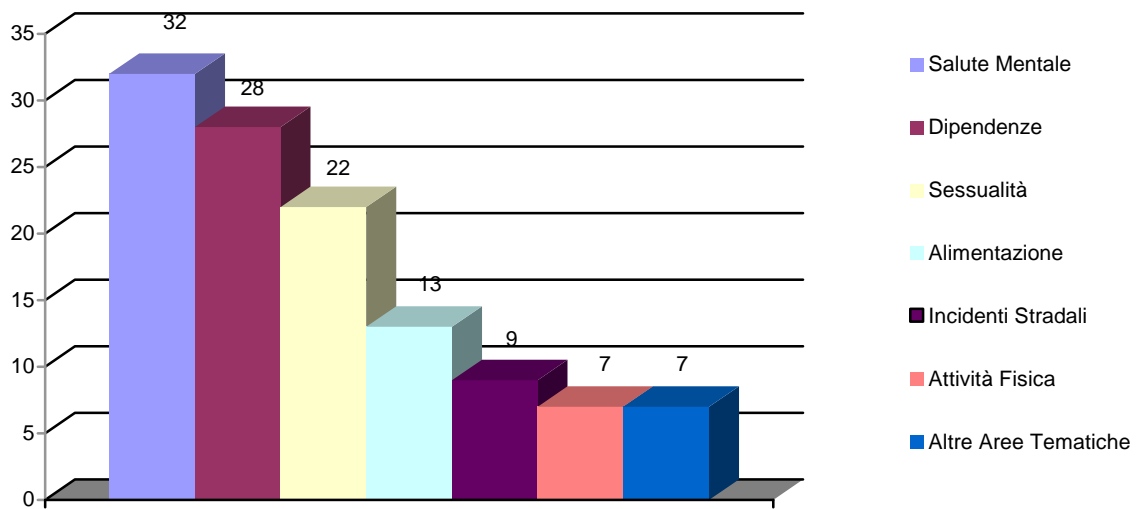
Sono stati inseriti 84 progetti e 129 interventi di cui 128 associati a progetti e soltanto 1 isolato o non associato ad alcun progetto.

Avendo scelto di rilevare i progetti/interventi più significativi tramite la collaborazione dei principali interlocutori regionali per la Promozione della Salute e l'Educazione Sanitaria, tutto il materiale raccolto è stato inserito in banca dati.

Alcuni dati sui progetti e sugli interventi censiti

Analizzando per Area Tematica, *Setting* e Destinatari i progetti rivolti agli adolescenti in Umbria dal 2003 ad oggi occorre considerare che uno stesso progetto può riguardare più di un'area tematica oppure svolgersi in più di un *setting* o ancora indirizzarsi a più destinatari finali e intermedi. Ciò spiega perché i totali dei successivi grafici non coincidono con il numero effettivo (84) dei progetti censiti in Umbria.

Grafico 38 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per area tematica



Le aree tematiche maggiormente rappresentate sono risultate, nell'ordine, Salute Mentale, Dipendenze e Sessualità (rispettivamente con valori assoluti e percentuali 32, 28, 22 e 26%, 24%, 19%). L'area tematica meno rappresentata è quella dell'Attività Fisica (7 progetti pari al 6% del totale).

Grafico 39 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per area tematica (valori percentuali)

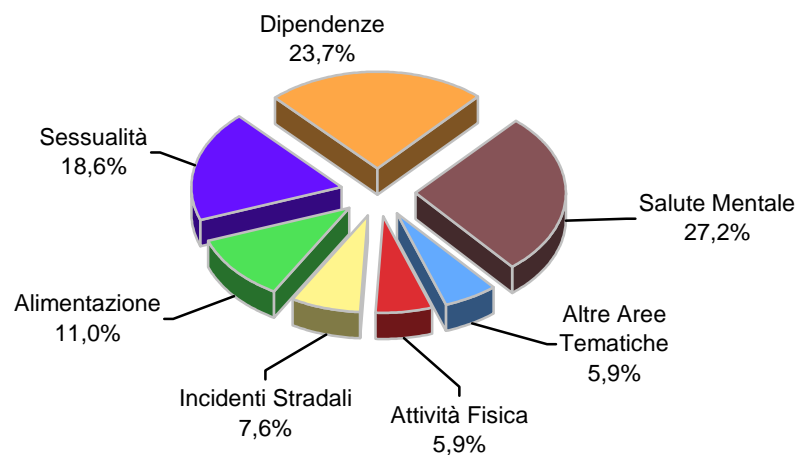
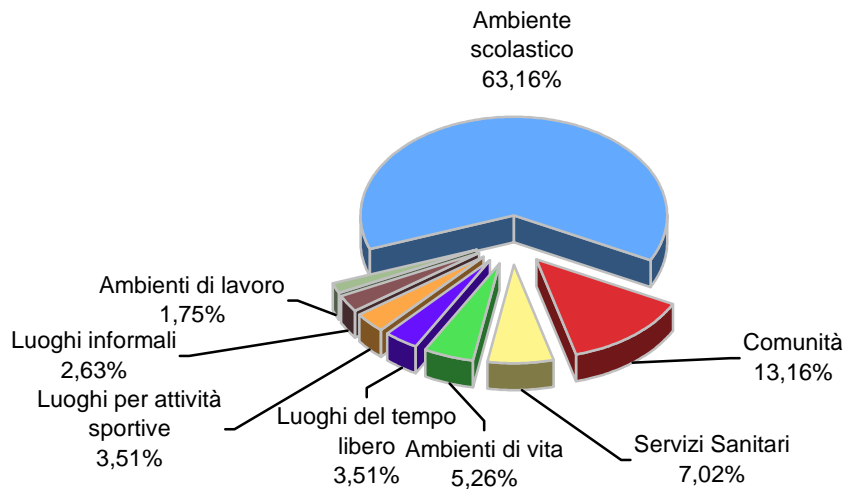
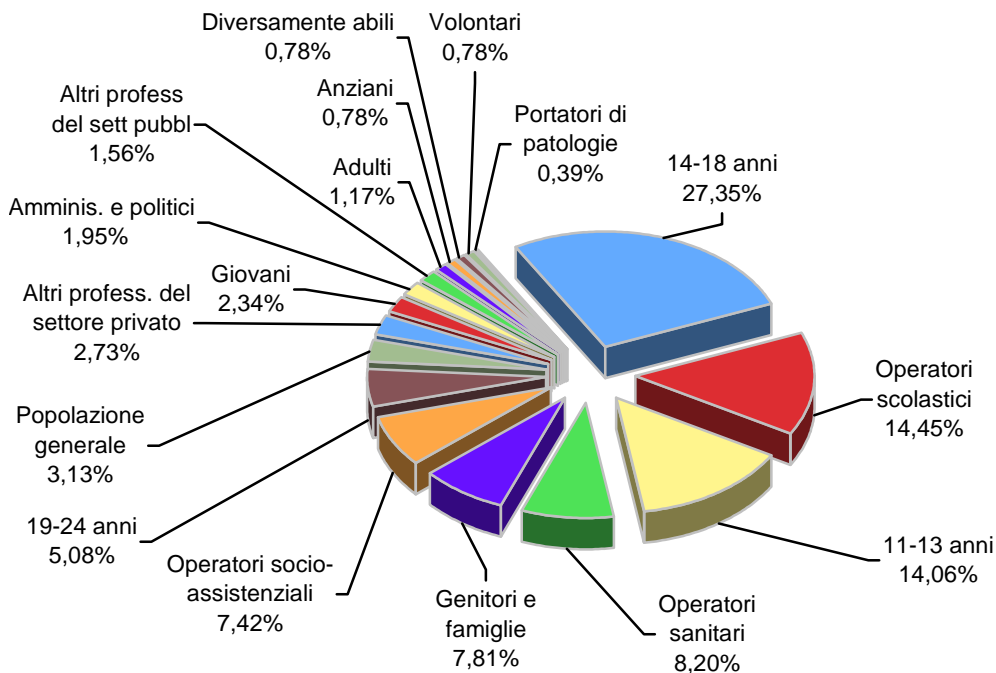


Grafico 40 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per setting di svolgimento (valori percentuali)



L'ambiente scolastico è di gran lunga il *setting* più rappresentato nei progetti (62%) realizzati per gli adolescenti/giovani in Umbria, seguito dall'ambito comunitario (13%) e dai servizi sanitari (7%).

Grafico 41 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per destinatari (valori percentuali)



Coerentemente con gli obiettivi della rilevazione, i destinatari finali più rappresentati risultano essere gli adolescenti di 14–18 anni (27%), seguiti dai pre-adolescenti di 11-13 anni (14%), mentre tra i destinatari intermedi gli operatori scolastici (14%) superano per frequenza le figure di riferimento dei nuclei familiari (genitori e famiglie) e gli operatori sanitari, per i quali si rileva un uguale, comunque importante, livello di coinvolgimento (8%).

4.2.15 VENETO

(a cura di Sara Carbone ed Enrica Castellani)

Organizzazione della raccolta

Per la realizzazione delle attività di ricognizione dei progetti dedicati alla prevenzione ed alla promozione della salute negli adolescenti, il Centro Regionale di Riferimento per la Promozione della Salute (CRRPS) ha, come prima azione, individuato i punti di raccolta dati, avvalendosi soprattutto della collaborazione dei Servizi Sanitari territoriali che si occupano di promozione della salute, nutrizione e dipendenze.

Strumenti utilizzati ed azioni specifiche intraprese

Una volta costituita la rete dei centri di raccolta, è stato predisposto tutto il materiale necessario ad effettuare la rilevazione: una versione cartacea del questionario DoRS per agevolare la raccolta dati ed una maschera di inserimento dati su supporto informatico realizzata tramite il software EpiInfo.

L'utilizzo di tale software, oltre a ridurre le possibilità d'errore, ha consentito la costituzione parallela di un database specifico per ogni singolo sito e di uno regionale adeguato per l'inserimento dei dati in Pro.Sa.

Affinché l'impiego di tali strumenti risultasse chiaro e le procedure fossero corrette e standardizzate, i ricercatori del CRRPS hanno redatto un manuale/guida per i *data collector*, cioè il personale incaricato della raccolta dei dati.

Il materiale prodotto è stato poi sottoposto all'attenzione di un gruppo di lavoro ristretto, costituito da responsabili di diversi servizi sanitari, convocati in ragione della loro esperienza, per ricevere informazioni, opinioni e suggerimenti.

In seguito alle indicazioni ottenute, gli strumenti sono stati pilotati presso 4 siti: questa operazione ha permesso di evidenziare alcune imperfezioni metodologiche e di effettuare un'ulteriore revisione, giungendo così alla versione definitiva.

È stata infine organizzata una giornata di formazione¹ per i *data collector*, accreditata ECM, finalizzata alla presentazione del progetto “Guadagnare Salute”, durante la quale sono state presentate e simulate tutte le azioni necessarie ad una corretta conduzione della raccolta dati: ad ogni centro è stato inoltre fornito un cd contenente tutto il materiale necessario.

Tra i documenti presenti nel cd, i ricercatori del CRRPS hanno predisposto un modello di lettera – adattata per la Regione Veneto – da spedire ai responsabili dei siti presso cui sarebbe stata effettuata la raccolta dati: tale comunicazione comprendeva una sintetica presentazione dell'indagine ed una richiesta di disponibilità ad agevolare il lavoro dei *data-collector*.

Dopo la formazione, i ricercatori del CRRPS hanno coordinato e monitorato le attività relative alla ricognizione e attuato un controllo ed il *cleaning* dei dati pervenuti.

Una volta compiuti questi passaggi, i dati sono stati riportati nella banca dati Pro.Sa.

Completezza o parzialità

Non è possibile affermare con certezza che i dati raccolti siano rappresentativi della realtà indagata. Tuttavia, in ragione della costituzione di una rete di siti omogeneamente diffusa, è possibile affermare che il materiale raccolto offre sicuramente un campione quanto più possibile completo dei progetti che hanno interessato i diversi servizi socio-sanitari, le scuole e le amministrazioni locali dislocati sul territorio regionale.

Selezione e inserimento in banca dati

Per il Veneto sono stati inseriti 245 progetti. L'inserimento è stato ultimato entro il 30 maggio 2008, in accordo con le scadenze fissate dal gruppo coordinante il progetto.

Si ritiene utile specificare che la definizione di “intervento” non è stata recepita operativamente dai *data collector*: ciò ha comportato l'inserimento dei soli progetti nella banca dati DoRS.

¹ Queste le attività svolte durante la giornata di formazione: presentazione della ricerca: gli obiettivi della rilevazione, le operazioni preliminari e gli strumenti forniti per la raccolta dati; presentazione del software EpiInfo: cos'è, come funziona; esempio pratico di compilazione del questionario con simulazione di intervista; esempio pratico di compilazione del questionario su supporto informatico, salvataggio ed invio dati.

In ogni caso, tutto il materiale raccolto è stato inserito nel database Pro.Sa, poiché rispondente ai criteri di inclusione precedentemente definiti e comunicati in dettaglio ai *data collector*.

4.3 Aggiornamento e adattamento della struttura della banca dati Pro.Sa.

(a cura di Massimo Marighella e Sonia Scarponi)

Come previsto, il gruppo DoRS si è fatto carico della predisposizione della scheda di rilevazione ed ha provveduto a modificare il sistema informativo già in essere (banca dati Pro.Sa.) per adeguarlo alle esigenze del progetto. In particolare, la scheda è stata semplificata per rendere più agevole la compilazione e si sono introdotti alcuni *item* specifici sugli interventi rivolti agli adolescenti.

Il sito *internet* dedicato al progetto è stato utilizzato dai centri oltre che per l'accesso alla banca dati anche per scambiare informazioni, inserire ricerche fattuali ed altri documenti prodotti da fonti accreditate sul tema degli adolescenti e infine, chiarire dubbi sulla catalogazione dei progetti stessi.

Già citato in altri punti di questo report, il sito <http://www.dors.it/prado/>, curato dall'équipe di DoRS, è composto da diverse sezioni:

a) **“Banca dati progetti e interventi”** consente di inserire progetti e di avere un quadro della ricognizione, diviso per Regione.

L'accesso alla banca dati avviene unicamente tramite una *password* regionale, che consente la compilazione delle schede di propria competenza e la visualizzazione delle schede di tutte le regioni.

La scheda consente l'attribuzione del progetto a una o più aree tematiche.

E' inoltre facoltà dell'operatore regionale “rendere pubblica” la singola scheda del progetto: in tal modo con l'accesso pubblico alla banca dati Pro.Sa. dal sito DoRS è possibile ricercare e visualizzare le informazioni inserite.

b) **“Forum”** è utilizzato per scambiare messaggi nel gruppo di lavoro in relazione allo svolgimento del progetto.

c) **“Contatti”** indirizzario completo dei Centri coinvolti con indicazione dei responsabili e dei documentalisti

d) **“Strumenti operativi”**, con griglie, lettere, indicazioni per la raccolta dei progetti e la compilazione delle schede.

- e) **“Materiali di approfondimento”** raccoglie e rende accessibili documenti prodotti dalle Regioni sui temi di interesse (ricerche, analisi di contesto). Questa sezione del sito è aggiornata dai Centri regionali che inseriscono materiali di prodotto a livello regionale o nazionale.

Alla data di conclusione del progetto risultavano caricati sulla banca dati in seguito alla rilevazione 1575 progetti, così suddivisi per Regione (Tabella 7).

Tabella 7 - Progetti inseriti suddivisi per regione

Regione	Totale Progetti Inseriti	Regione	Totale Progetti Inseriti
Piemonte	118	Lazio	120
Lombardia	50	Abruzzo	103
Veneto	246	Campania	114
Friuli Venezia Giulia	74	Puglia	40
Emilia-Romagna	399	Calabria	5
Toscana	28	Sicilia	136
Umbria	84	Sardegna	33
Marche	25	Totale	1575

Pertanto tutti i Centri hanno collaborato al reperimento ed inserimento dei progetti, in diversa misura a seconda del periodo di tempo effettivamente dedicato e delle differenti condizioni locali (strategia di ricerca e di selezione adottata, collocazione del Centro, progetti avviati sul territorio).

L'attività non si è peraltro arrestata alla data di conclusione formale del progetto, per cui l'implementazione della banca dati sta proseguendo.

5 ANALISI DEI PROGETTI RACCOLTI

(A cura di Patrizia Brigoni, Massimo Marighella e Sonia Scarponi)

5.1 Descrizione generale

Qui di seguito vengono analizzati i progetti raccolti alla fine del progetto, e vengono forniti dei dati quantitativi (distribuzione geografica, distribuzione tematica, distribuzione per target e per *setting*) e qualitativi (in base ai criteri metodologici di buona progettazione individuati con la prima selezione, 9 giugno 2008).

In considerazione del fatto che i Centri aderenti hanno continuato a implementare la banca dati anche dopo la fine del progetto, e approfittando della data di pubblicazione del presente report, si è deciso di predisporre e inserire come allegato un nuovo documento per la parte generale relativa ai progetti inseriti in banca dati, aggiornato a giugno 2009 (ALLEGATO E); questo documento - come lo stesso report - sarà inserito all'interno del nuovo portale della Rete dei Centri di documentazione (*cf. capitolo 6*).

Nella Tabella 8 è riassunta l'articolazione dei progetti per area tematica (ogni progetto poteva comprendere più aree).

Tabella 8 - Progetti presenti in banca dati suddivisi per regione e area tematica

Regione	Alimentazione	Attività Fisica	Dipendenze	Incidenti Stradali	Sessualità	Salute Mentale	Altre aree
Abruzzo	13	5	53	11	16	39	-
Calabria	5	2	-	-	-	-	-
Campania	37	15	38	4	19	14	11
Emilia-Romagna	30	33	140	44	52	110	101
Friuli Venezia Giulia	12	9	14	6	12	41	5
Lazio	17	7	33	4	30	67	2
Lombardia	9	9	28	10	17	4	1
Marche	7	6	23	5	6	-	2
Piemonte	19	4	29	35	30	7	5

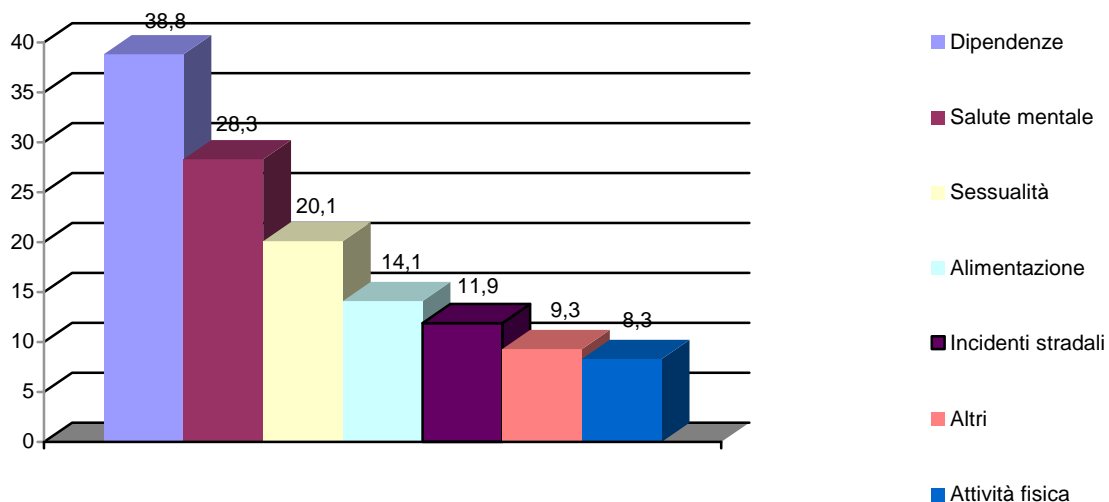
Regione	Alimentazione	Attività Fisica	Dipendenze	Incidenti Stradali	Sessualità	Salute Mentale	Altre aree
Puglia	3	2	32	2	12	5	-
Sardegna	5	3	9	3	6	-	12
Sicilia	19	10	49	9	37	59	-
Toscana	3	2	14	4	9	2	-
Umbria	13	7	28	9	22	32	7
Veneto	30	17	122	42	48	65	1
Totale	222	131	612	188	316	445	147
Estrazione del 12/08/2008							

Si ricorda che la disparità numerica dei progetti raccolti tra le varie regioni dipende dalle diverse modalità di raccolta adottate e dalla sequenza temporale di adesione formale al progetto (cfr. paragrafi precedenti)

Come si può notare anche nel successivo grafico 38, quasi il 40% dei progetti aveva fra le tematiche considerate quella delle dipendenze, seguita da quella della salute mentale e della sessualità. Fanalino di coda – degno di riflessione – è rappresentato dalla promozione dell’attività fisica, presente solo in poco più dell’8% dei progetti.

La categoria “altre aree” raggruppa le ulteriori aree tematiche presenti nei progetti (es. prevenzione infortuni sul lavoro, ecc).

Grafico 42 - Progetti suddivisi per aree tematiche (valori percentuali)



I gruppi di destinatari (Tabella 9) vedono i progetti concentrarsi, come atteso, nella fascia d'età 14-18 anni e negli operatori scolastici. Molto scarso il coinvolgimento di decisori (amministratori e politici). Per quanto riguarda il contesto di svolgimento (Tabella 10), è di gran lunga la scuola il *setting* più rappresentato.

Tabella 9 - Progetti presenti in banca dati suddivisi per area tematica e target

Target	Alimentazione	Attività Fisica	Dipendenze	Incidenti Stradali	Sessualità	Salute Mentale
0-2 anni	-	-	-	-	-	-
3-5 anni	1	-	-	-	-	-
6-10 anni	1	-	-	-	1	-
11-13 anni	139	72	231	68	116	205
14-18 anni	142	99	464	143	242	344
19-24 anni	29	19	172	50	59	68
Giovani	27	26	178	58	61	47
Adulti	15	14	78	28	29	23
Genitori e famiglie	93	56	199	44	103	172
Anziani	3	4	11	2	2	5
Operatori scolastici	132	74	319	80	175	264
Operatori sanitari	56	37	163	31	97	105
Operatori socio-assistenziali	28	28	133	22	56	80
Altri professionisti del settore pubblico	12	16	51	20	26	22
Altri professionisti del settore privato	15	28	83	35	23	35
Genere	-	-	1	-	8	6
Lavoratori	2	3	11	4	1	2
Immigrati	5	4	15	5	15	26
Volontari	16	12	48	11	19	22
Diversamente abili	4	5	5	3	3	22
Fasce deboli	4	5	14	1	8	14
Popolazione generale	18	13	63	29	17	26

Target	Alimentazione	Attività Fisica	Dipendenze	Incidenti Stradali	Sessualità	Salute Mentale
Portatori di patologie	8	5	8	4	6	11
Amministratori e politici	14	25	41	12	15	23
Estrazione del 12/08/2008						

Tabella 10 - Progetti presenti in banca dati suddivisi per area tematica e setting

Setting	Alimentazione	Attività fisica	Dipendenze	Incidenti stradali	Sessualità	Salute mentale
Luoghi del tempo libero	27	31	180	49	45	70
Luoghi per attività sportive	18	47	46	9	14	20
Ambienti di lavoro	5	5	26	8	2	12
Ambiente scolastico	199	100	446	133	271	360
Ambienti di vita	22	15	57	12	12	46
Servizi Sanitari	47	28	113	28	89	70
Luoghi informali	13	15	126	42	33	33
Comunità	48	38	123	49	51	70
Estrazione del 12/08/2008						

Vista la numerosità e la qualità dei progetti raccolti, a conclusione del percorso, la rete dei centri ha concordato di avviare una selezione di progetti che rispondessero a criteri di buona progettazione, in modo da poter procedere successivamente all'individuazione di esperienze di buona pratica che potessero essere guida e modello per la futura programmazione di attività, in particolare per le aree che meno di altre si sono distinte in una progettazione e implementazione di qualità.

È stato concordato di procedere ad una estrazione preliminare dei progetti presenti all'interno della banca dati alla data del 9 giugno 2008, che risultassero terminati o in fase di redazione della relazione conclusiva.

Tra questi, è stata poi effettuata contestualmente una successiva operazione di selezione in base ai quesiti della scheda di ricognizione che identificano criteri di buona progettazione condivisi:

- la diagnosi di contesto locale;
- i modelli teorici;
- le buone pratiche e prove di efficacia;

- la valutazione di processo;
- la valutazione di risultato;

che ha portato ad una prima selezione di progetti, sintetizzata in Tabella 11

Tabella 11 - Progetti selezionati

Regione	Alimentazione	Attività fisica	Dipendenze	Incidenti stradali	Sessualità	Salute mentale
Abruzzo	2	1	3	1	1	4
Campania	4	3	2	-	2	2
Emilia-Romagna	4	5	21	7	3	10
Friuli Venezia Giulia	1	-	6	-	5	9
Lazio	7	2	4	-	11	15
Lombardia	6	7	11	8	4	3
Piemonte	13	3	14	7	16	6
Puglia	1	1	19	1	6	3
Sardegna	2	1	2	-	-	-
Sicilia	-	-	2	-	-	5
Toscana	1	-	10	1	2	-
Umbria	1	2	8	-	7	10
Veneto	1	-	11	5	4	2
Totale	43	25	113	30	61	69

I centri si sono poi suddivisi in gruppi di lavoro interregionali (Tabella 12) che hanno lavorato alla definizione di criteri specifici all'area tematica. Il successivo *step* di lavoro (analisi dei progetti in base ai criteri e selezione delle buone pratiche) sarà sviluppato all'interno del progetto **“Sviluppo e consolidamento della Rete dei Centri di documentazione per la prevenzione e la promozione della salute”** di cui è specifico obiettivo (*cfr. capitolo 6*).

5.2 Descrizione per area tematica

Come già anticipato, i Centri si sono suddivisi in gruppi di lavoro, ciascuno dei quali con il compito di effettuare un'analisi dei progetti e interventi raccolti relativi a una specifica area tematica. Nella tabella di seguito i gruppi interregionali per area tematica.

Tabella 12 - Gruppi di lavoro tematici interregionali

Area tematica	Regioni
Alimentazione e attività fisica	Abruzzo Campania Marche Umbria
Dipendenze	Emilia-Romagna Puglia Toscana
Incidenti stradali	Lombardia Piemonte Sardegna
Infezioni sessualmente trasmissibili	Friuli Venezia Giulia Veneto
Salute mentale	Calabria Lazio Sicilia

Ciascun gruppo di lavoro aveva il compito di effettuare un'analisi dei progetti raccolti per la specifica area tematica assegnata o scelta.

Qui di seguito vengono riportati i lavori effettuati da ciascun gruppo, e i commenti relativi ai dati quantitativi (distribuzione geografica, distribuzione per target e per *setting*) e qualitativi (distribuzione in base ai criteri individuati per la prima selezione) - estrazione di luglio 2008.

5.2.1 ALIMENTAZIONE ED ATTIVITÀ FISICA

(A cura di Claudio Bocchini, Tiziana Di Corcia, Paolo Franchi, Pio Russo Krauss e Giancarlo Pocetta)

Distribuzione geografica

Le Regioni Abruzzo, Campania, Marche ed Umbria si sono specificamente occupate di Alimentazione e Attività fisica, lavorando insieme come Gruppo Interregionale per

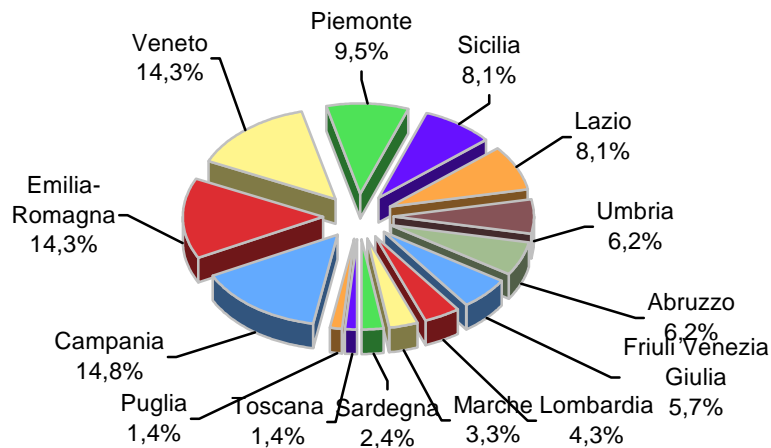
individuare i criteri specifici riguardanti queste due aree tematiche. Ciò ha consentito loro di incrementare e/o sviluppare una specifica competenza nell'analisi dei progetti di promozione della salute e prevenzione realizzati per diffondere presso gli adolescenti corrette abitudini alimentari e motorie.

Complessivamente, nella banca dati Pro.Sa. sono stati inseriti dalle 14 Regioni, partecipanti alla ricognizione, 210 progetti sull'alimentazione e 129 sull'attività sportiva. Nel nostro campione (Tabella 13), le Regioni a cui appartiene il maggior numero di progetti che promuovono una sana alimentazione sono, in ordine decrescente, la Campania (31 progetti pari al 14,8% del totale dei progetti di questa area tematica) seguita, a pari merito, da Veneto ed Emilia-Romagna (30 progetti ciascuna pari al 14,3%). Viceversa i progetti che si occupano di alimentazione sono meno numerosi - in ugual misura - in Toscana e in Puglia (3 progetti ciascuna pari all'1,4% del totale), seguite, in ordine crescente, dalla Sardegna in cui sono stati rilevati 5 progetti (2,4%).

Tabella 13 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)

Regione	Alimentazione	
	N°	%
Campania	31	14,8%
Emilia-Romagna	30	14,3%
Veneto	30	14,3%
Piemonte	20	9,5%
Sicilia	17	8,1%
Lazio	17	8,1%
Umbria	13	6,2%
Abruzzo	13	6,2%
Friuli Venezia Giulia	12	5,7%
Lombardia	9	4,3%
Marche	7	3,3%
Sardegna	5	2,4%
Toscana	3	1,4%
Puglia	3	1,4%
Totale	210	100,0%

Grafico 43 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per regione (valori percentuali)



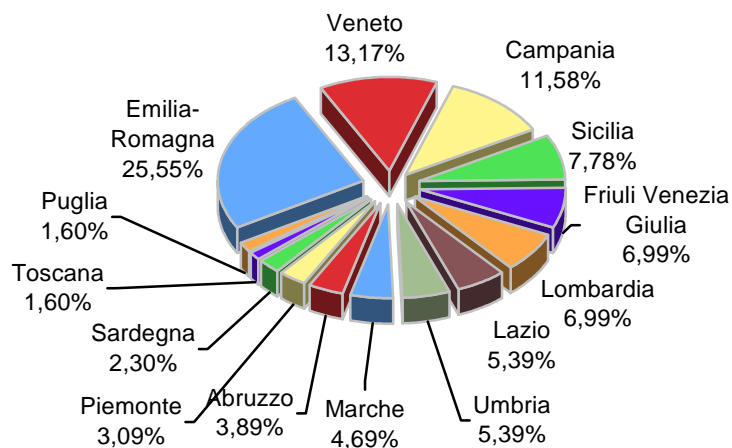
La situazione registrata per l'alimentazione si riproduce, pressoché invariata, anche per i progetti che affrontano il tema dell'attività fisica (Tabella 14). I progetti di questa area tematica risultano più numerosi nelle stesse Regioni in cui prevalgono i progetti sull'alimentazione, ma con un diverso ordine. In questo caso, infatti, al primo posto si colloca l'Emilia-Romagna (33 progetti; 25,6% del totale) seguita da Veneto (17 progetti; 13,2%) e da Campania (15 progetti; 11,6%). Invece, il minor numero di progetti sull'attività fisica si riscontra esattamente nelle stesse Regioni e con la stessa sequenza già analizzate per i progetti sull'alimentazione (Toscana e Puglia 2 progetti ciascuna pari all'1,6%; Sardegna 3 progetti; 2,3%).

Tabella 14 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)

Regione	Attività Fisica	
	N°	%
Emilia-Romagna	33	25,6%
Veneto	17	13,2%
Campania	15	11,6%
Sicilia	10	7,8%
Friuli Venezia Giulia	9	7%
Lombardia	9	7%
Lazio	7	5,4%

Regione	Attività Fisica	
	N°	%
Umbria	7	5,4%
Marche	6	4,7%
Abruzzo	5	3,9%
Piemonte	4	3,1%
Sardegna	3	2,3%
Toscana	2	1,6%
Puglia	2	1,6%
Totale	129	100%

Grafico 44 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori percentuali)

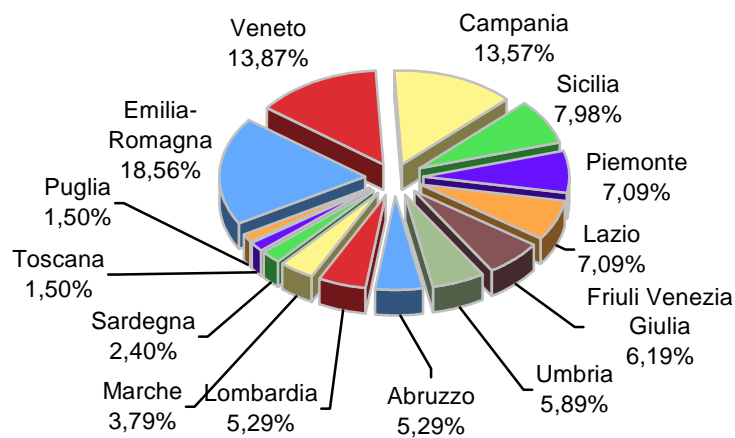


Considerando contemporaneamente entrambe le aree tematiche alimentazione ed attività fisica (Tabella 15), si ritrova la stessa graduatoria descritta per la sola attività fisica tanto per le Regioni con il maggior numero di progetti quanto per quelle con il numero minore. In particolare, la Regione che si colloca in testa è l'Emilia-Romagna (30 progetti per l'alimentazione e 33 per l'attività sportiva) seguita da Veneto (rispettivamente 30 unità per la prima area tematica e 17 per la seconda) e Campania (31 e 15 progetti).

Tabella 15 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)

Regione	Alimentazione + Attività Fisica	
	N°	%
Emilia-Romagna	63	18,6%
Veneto	47	13,9%
Campania	46	13,6%
Sicilia	27	8,0%
Piemonte	24	7,1%
Lazio	24	7,1%
Friuli Venezia Giulia	21	6,2%
Umbria	20	5,9%
Abruzzo	18	5,3%
Lombardia	18	5,3%
Marche	13	3,8%
Sardegna	8	2,4%
Toscana	5	1,5%
Puglia	5	1,5%
Totale	339	100,0%

Grafico 45 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori percentuali)



Il limite di quest'ultima modalità di analisi è che molti dei progetti inseriti in banca dati si occupano contemporaneamente di alimentazione e di attività fisica e, pertanto, a rigore, bisognerebbe disporre del numero effettivo dei progetti che trattano di sola alimentazione, di quelli che si occupano di sola attività fisica e di quelli riguardanti entrambe le aree tematiche.

Relativamente ai componenti del Gruppo Interregionale, a differenza della Campania che per entrambe le aree tematiche considerate si trova nelle prime tre posizioni quanto a numero di progetti inseriti in banca dati, per l'alimentazione Abruzzo ed Umbria si collocano entrambe in settima posizione (13 progetti ciascuna pari rispettivamente al 6,2% del totale dei progetti di area tematica) seguite dalle Marche (undicesima posizione con 7 progetti pari al 3,3%). Per l'attività fisica, invece, l'Umbria occupa la settima posizione con il Lazio (7 progetti ciascuna pari rispettivamente al 5,4% del totale dei progetti di area tematica) seguita dalle Marche (nona posizione con 6 progetti pari al 4,7%) ed, infine, dall'Abruzzo (decima posizione con 5 progetti pari al 3,9%).

Nella distribuzione del numero dei progetti tra le Regioni (Tabella 16), l'attività fisica appare di gran lunga più rappresentata nelle Regioni del Nord-Est del campione (Emilia-Romagna, Veneto e Friuli Venezia Giulia) a discapito delle restanti undici regioni rispetto a quanto si verifica, invece, per l'alimentazione. Infatti, dall'aggregazione dei dati regionali per ripartizione geografica (i.e. Italia Nord-occidentale, Nord-orientale, Centrale, Meridionale e Insulare) risulta che i progetti sull'attività fisica del Nord Est rappresentano ben il 45,7% del totale, quando quelli sull'alimentazione della stessa area geografica ammontano, invece, al 34,3% del totale.

Tabella 16 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per ripartizione geografica (valori assoluti e percentuali)

Ripartizione geografica ²	Alimentazione		Attività fisica	
	N°	%	N°	%
Nord-Ovest	29	13,8%	13	10,1%
Nord-Est	72	34,3%	59	45,7%

² Nella tabella vengono adottate le ripartizioni geografiche Istat con un opportuno adattamento perché al progetto hanno partecipato **14 Regioni** (evidenziate in **grassetto**) delle 21 Regioni e Province Autonome:

- **Italia Nord-occidentale:** comprende Valle d'Aosta, **Piemonte, Lombardia** e Liguria;
- **Italia Nord-orientale:** comprende **Friuli Venezia Giulia**, Provincia autonoma di Trento, Provincia autonoma di Bolzano, **Veneto, Emilia-Romagna**;
- **Italia Centrale:** comprende **Toscana, Marche, Umbria, Lazio**;
- **Italia Meridionale:** comprende **Abruzzo**, Molise, **Campania, Puglia**, Basilicata, Calabria;
- **Italia Insulare:** comprende **Sicilia, Sardegna**.

Ripartizione geografica	Alimentazione		Attività fisica	
	N°	%	N°	%
Centro	40	19,0%	22	17,1%
Sud	47	22,4%	22	17,1%
Isole	22	10,5%	13	10,1%
Totale	210	100%	129	100%

Grafico 46 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per ripartizione geografica (valori percentuali)

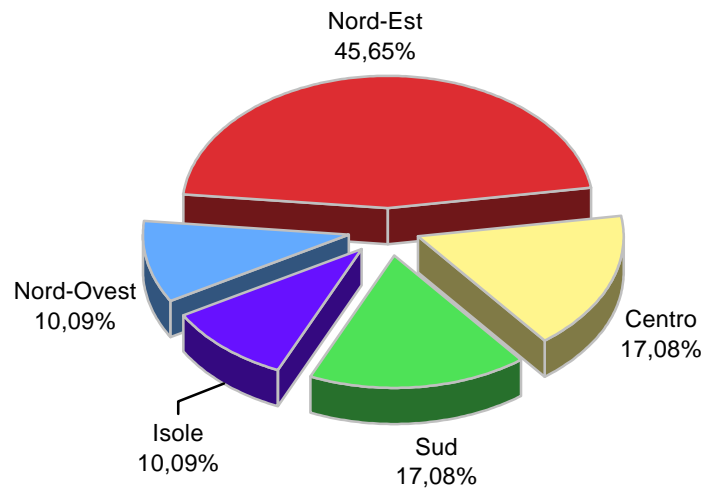
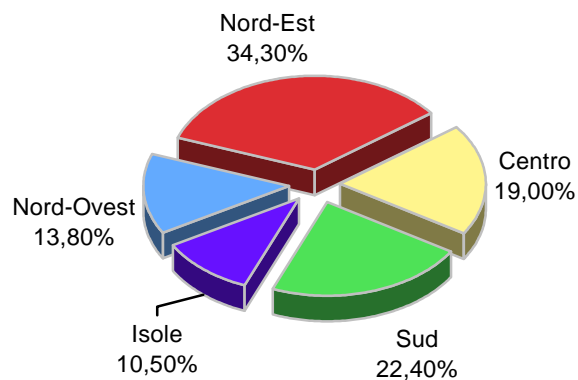


Grafico 47 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per ripartizione geografica (valori percentuali).



Dal confronto fra i progetti in tema di alimentazione e quelli riguardanti l'attività fisica rilevati all'interno di ciascuna Regione emerge poi che il numero dei primi prevale sempre sui secondi con l'eccezione dell'Emilia-Romagna in cui il rapporto s'inverte (33 progetti di attività fisica vs. 30 di alimentazione) e della Lombardia in cui risulta unitario (9 progetti di attività fisica vs. 9 di alimentazione).

Dalla nostra rilevazione, infine, emerge che tra le sei aree tematiche rilevate, l'attività fisica è quella meno rappresentata (129 volte su un totale di 1880 volte con l'esclusione delle aree tematiche non indicate).

Distribuzione per *setting*

Nei progetti del nostro campione volti a promuovere una corretta alimentazione negli adolescenti il *setting* principale è decisamente rappresentato dall'ambiente scolastico che con i suoi 187 progetti costituisce il 51,1% di tutti i possibili luoghi o contesti di realizzazione. Seguono, in ordine decrescente, la comunità (48 progetti; 13,1%) e i servizi sanitari (47 progetti; 12,8%). Complessivamente questi tre *setting* rappresentano ben il 77% di quelli in cui sono stati effettuati i progetti rilevati in tema di alimentazione (Tabella 17).

Tabella 17 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per *setting* (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto in un dato *setting* e percentuali).

<i>Setting</i>	Alimentazione		
	N°	<i>setting</i> /progetti alimentazione*100	%
Ambiente scolastico	187	89%	51,1%
Comunità	48	22,9%	13,1%
Servizi Sanitari	47	22,4%	12,8%
Luoghi del tempo libero	27	12,9%	7,4%
Ambienti di vita	22	10,5%	6%
Luoghi per attività sportive	18	8,6%	4,9%
Luoghi informali	13	6,2%	3,6%
Ambienti di lavoro	4	1,9%	1,1%
Totale	366		100,0%

Se invece ci si riferisce alla frequenza di realizzazione in un dato *setting* di tutti i progetti rilevati in tema di alimentazione (i.e. rapporto tra il numero complessivo di volte che in quel dato *setting* vengono realizzati i progetti di questa area tematica ed il numero totale dei progetti della stessa area tematica moltiplicato per 100), si ottengono valori dell'89%, del 22,9% e del 22,3% rispettivamente per i *setting* ambiente scolastico, comunità e servizi sanitari (Tabella 17).

Anche per la promozione di uno stile di vita attivo il *setting* principale resta l'ambiente scolastico (98 progetti; 35,4% del totale dei *setting* in cui sono effettuati i progetti di attività fisica della banca dati) seguito, però, dai luoghi per attività sportive (47 progetti; 17%) e dalla comunità (38 progetti; 13,7%). Un'importante quota di progetti è poi stata realizzata nei luoghi del tempo libero (31 unità; 11,2%) e presso i servizi sanitari (28 unità; 10,1%). Complessivamente questi 5 *setting* totalizzano oltre l'88% di quelli rilevati per l'attività fisica (Tabella 18).

Tabella 18 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per *setting* (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto in un dato *setting* e percentuali).

Setting	Attività Fisica		
	N°	<i>setting</i> /progetti Attività Fisica*100	%
Ambiente scolastico	98	76%	35,4%
Luoghi per attività sportive	47	36,4%	17%
Comunità	38	29,5%	13,7%
Luoghi del tempo libero	31	24%	11,2%
Servizi Sanitari	28	21,7%	10,1%
Ambienti di vita	15	11,6%	5,4%
Luoghi informali	15	11,6%	5,4%
Ambienti di lavoro	5	3,9%	1,8%
Totale	277		100%

Per questi stessi *setting* (in ordine decrescente ambiente scolastico, luoghi per attività sportive, comunità, luoghi del tempo libero, servizi sanitari) si ottengono invece rispettivamente i valori del 76%, 36,4%, 29,5%, 24% e 21,7% considerando la frequenza di realizzazione in ciascuno di essi di tutti i progetti sull'attività fisica inseriti in

banca dati. Il calcolo è stato realizzato utilizzando lo stesso rapporto impiegato per l'alimentazione (Tabella 17).

Considerando contemporaneamente entrambe le aree tematiche alimentazione ed attività fisica, i *setting* più rappresentati sono in ordine decrescente l'ambiente scolastico (187 e 98 progetti rispettivamente per alimentazione ed attività fisica), la comunità (48 e 38 progetti), i servizi sanitari (47 e 28 progetti) ed i luoghi per attività sportive (18 e 47 progetti) (Tabella 19).

Tabella 19 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per *setting* (valori assoluti).

<i>Setting</i>	Alimentazione	Attività Fisica	Alimentazione + Attività Fisica
Ambiente scolastico	187	98	285
Comunità	48	38	86
Servizi Sanitari	47	28	75
Luoghi del tempo libero	27	31	58
Ambienti di vita	22	15	37
Luoghi per attività sportive	18	47	65
Luoghi informali	13	15	28
Ambienti di lavoro	4	5	9
Totale	366	277	643

Come già osservato, il limite di quest'ultimo modo di analizzare i dati è che molti dei progetti inseriti in banca dati trattano contemporaneamente di alimentazione e di attività fisica e, pertanto, anche per l'esame del *setting*, bisognerebbe poter disporre del numero effettivo dei progetti che trattano separatamente di alimentazione e di attività fisica e di quelli che invece si occupano contemporaneamente di entrambe le aree tematiche.

Il *setting* meno rappresentato per ambedue le aree tematiche è costituito dagli ambienti di lavoro (rispettivamente 4 progetti per l'alimentazione pari all'1,1% del totale dei *setting* ed all'1,9% del totale dei progetti di stessa area tematica e 5 progetti per l'attività fisica pari all'1,8% dei *setting* ed al 3,9% dei progetti della medesima area tematica). Va notato che fra i *setting* meno frequenti nei progetti sull'alimentazione si ritrovano i luoghi

per attività sportive (solo 18 progetti pari al 4,9% del totale dei *setting* ed all'8,6% dell'insieme dei progetti della stessa area tematica).

Distribuzione per target

Dall'esame dei progetti rilevati in tema di alimentazione e di attività fisica risulta evidente come fra i primi tre target, oltre agli adolescenti di 14-18 anni e di 11-13 anni, si collochino gli operatori scolastici. Precisamente questi si attestano al terzo posto (131 progetti; 17,6% del totale dei target) dopo gli adolescenti 14-18 (136 progetti; 18,3%) e quelli 11-13 (133 progetti, 17,9%) per i progetti riguardanti l'alimentazione (Tabella 20), mentre per quelli inerenti all'attività fisica essi si pongono addirittura al secondo posto (73 progetti; 13,5%) dopo gli adolescenti 14-18 (98 progetti; 18,1%) e subito prima di quelli 11-13 (70 progetti; 13%) (Tabella 21). Per entrambe le aree tematiche considerate si segnalano poi il quarto posto dei genitori e famiglie (alimentazione: 89 progetti; 11,9%; attività fisica: 55 progetti; 10,2%) ed il quinto degli operatori sanitari (alimentazione: 56 progetti; 7,5%; attività fisica: 37 progetti; 6,9%).

Tabella 20 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per target (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto per *setting* e percentuali).

Target	Alimentazione		
	N°	target/progetti alimentazione * 100	%
14-18 anni	136	64,8%	18,3%
11-13 anni	133	63,3%	17,9%
Operatori scolastici	131	62,4%	17,6%
Genitori e famiglie	89	42,4%	11,9%
Operatori sanitari	56	26,7%	7,5%
19-24 anni	29	13,8%	3,9%
Operatori socio-assistenziali	28	13,3%	3,8%
Giovani	27	12,9%	3,6%
Popolazione generale	18	8,6%	2,4%
Volontari	16	7,6%	2,1%
Adulti	15	7,1%	2%
Altri professionisti del settore privato	15	7,1%	2%

Target	Alimentazione		
	N°	target/progetti alimentazione*100	%
Amministratori e politici	14	6,7%	1,9%
Altri professionisti del settore pubblico	12	5,7%	1,6%
Portatori di patologie	8	3,8%	1,1%
Immigrati	5	2,4%	0,7%
Diversamente abili	4	1,9%	0,5%
Fasce deboli	4	1,9%	0,5%
Anziani	3	1,4%	0,4%
Lavoratori	2	1%	0,3%
0-2 anni	0	0%	0%
3-5 anni	0	0%	0%
6-10 anni	0	0%	0%
Genere	0	0%	0%
Totale	745		100%

Se invece si considera la frequenza con cui i progetti di ciascuna delle due aree tematiche sono indirizzati verso un dato target (i.e. rapporto tra il numero complessivo di volte che i progetti di quell'area tematica sono destinati a quel dato target ed il numero totale di progetti di quell'area tematica moltiplicato per 100) nei progetti sull'alimentazione si ottengono valori del 64,8%, 63,3%, 62,4%, 42,4% e 26,7% rispettivamente per i ragazzi di 14-18 anni, per quelli di 11-13, per gli operatori scolastici, per i genitori e famiglie e per gli operatori sanitari (Tabella 20). Nei progetti sull'attività motoria, invece, il calcolo dello stesso rapporto produce valori del 76%, 56,6%, 54,3%, 42,6% e 28,7% rispettivamente per gli adolescenti di 14-18 anni, per gli operatori scolastici, per i ragazzi di 11-13 anni, per i genitori e famiglie e per gli operatori sanitari (Tabella 21).

Tabella 21 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per target (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto per setting e percentuali)

Target	Attività fisica		
	N°	target/progetti Attività Fisica*100	%
14-18 anni	98	76%	18,1%
Operatori scolastici	73	56,6%	13,5%
11-13 anni	70	54,3%	13%
Genitori e famiglie	55	42,6%	10,2%
Operatori sanitari	37	28,7%	6,9%
Operatori socio-assistenziali	28	21,7%	5,2%
Altri professionisti del settore privato	28	21,7%	5,2%
Giovani	26	20,2%	4,8%
Amministratori e politici	25	19,4%	4,6%
19-24 anni	19	14,7%	3,5%
Altri professionisti del settore pubblico	16	12,4%	3%
Adulti	14	10,9%	2,6%
Popolazione generale	13	10,1%	2,4%
Volontari	12	9,3%	2,2%
Portatori di patologie	5	3,9%	0,9%
Fasce deboli	5	3,9%	0,9%
Diversamente abili	5	3,9%	0,9%
Immigrati	4	3,1%	0,7%
Anziani	4	3,1%	0,7%
Lavoratori	3	2,3%	0,6%
Genere	0	0%	0%
6-10 anni	0	0%	0%
3-5 anni	0	0%	0%
0-2 anni	0	0%	0%
Totale	540		100%

Dall'esame contemporaneo di entrambe le aree tematiche alimentazione ed attività fisica (Tabella 22) emerge che i target più frequenti sono in ordine decrescente gli adolescenti 14-18 (rispettivamente 136 progetti di alimentazione e 98 per l'attività fisica), gli operatori scolastici (131 e 73 progetti), i ragazzi di 11-13 anni (133 e 70 progetti), i genitori e famiglie (89 e 55 progetti) e gli operatori sanitari (56 e 37 progetti). Tuttavia, come già sottolineato in precedenza, l'ultima modalità di analisi utilizzata ha un limite nel fatto che molti dei progetti immessi in banca dati si riferiscono contemporaneamente ad entrambe le aree tematiche alimentazione e di attività fisica. Anche per l'esame del target, pertanto, bisognerebbe poter conoscere il numero effettivo dei progetti che trattano separatamente di alimentazione e di attività fisica e di quelli che invece si occupano allo stesso tempo di ambedue le aree tematiche.

Tabella 22 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per target (valori assoluti)

Target	Alimentazione	Attività Fisica	Alimentazione + Attività Fisica
	N°	N°	N°
14-18 anni	136	98	234
Operatori scolastici	131	73	204
11-13 anni	133	70	203
Genitori e famiglie	89	55	144
Operatori sanitari	56	37	93
Operatori socio-assistenziali	28	28	56
Giovani	27	26	53
19-24 anni	29	19	48
Altri professionisti del settore privato	15	28	43
Amministratori e politici	14	25	39
Popolazione generale	18	13	31
Adulti	15	14	29
Altri professionisti del settore pubblico	12	16	28
Volontari	16	12	28
Portatori di patologie	8	5	13
Immigrati	5	4	9

Target	Alimentazione	Attività Fisica	Alimentazione + Attività Fisica
	N°	N°	N°
Diversamente abili	4	5	9
Fasce deboli	4	5	9
Anziani	3	4	7
Lavoratori	2	3	5
0-2 anni	0	0	0
3-5 anni	0	0	0
6-10 anni	0	0	0
Genere	0	0	0
Totale	745	540	1285

I target meno rappresentati nei progetti di entrambe le aree tematiche sono i lavoratori (alimentazione: 2 progetti pari allo 0,3% del totale dei target ed all'1% del totale dei progetti della corrispondente area tematica; attività fisica: 3 progetti pari allo 0,6% del totale dei target e al 2,3% del totale dei progetti della rispettiva area tematica) e gli anziani (alimentazione: 3 progetti; 0,4% del totale dei target ed all'1,4% del totale dei progetti della stessa area tematica; attività fisica 4 progetti pari allo 0,7% del totale dei target ed al 3,1% del totale dei progetti della medesima area tematica).

Infine, fra i target sono mediamente rappresentati gli amministratori e politici, che si collocano in nona posizione per i progetti sull'attività fisica (25 progetti pari al 4,6% del totale dei target ed al 19,4% del totale dei progetti della stessa area tematica) ed in tredicesima per quelli sull'alimentazione (14 progetti pari all'1,9% del totale dei target ed al 6,7% dei progetti della medesima area tematica).

Distribuzione in base ai criteri individuati per la prima selezione

Al fine di selezionare le “buone pratiche”, ai progetti inseriti nella Banca dati Pro.Sa sono stati applicati dei “criteri progettuali” condivisi, effettuando in tutto due selezioni, di cui la seconda solo in via sperimentale in previsione di una sua successiva realizzazione in un apposito progetto. La prima selezione è stata effettuata sulla base di “criteri di buona progettazione”.

Questo ha portato ad una drastica riduzione dei progetti iniziali per cui dalle 210 unità riguardanti l'alimentazione e dalle 129 relative all'attività sportiva si è passati, rispettivamente, a 43 (20,5% del totale dei progetti della banca dati della stessa area tematica) e 25 progetti (19,4% del totale dei progetti della banca dati della medesima area tematica).

Analizzando i progetti relativi all'alimentazione che hanno superato la prima selezione, emerge un quadro ben diverso da quello ricavato in precedenza dall'esame dell'universo dei progetti della banca dati (Tabella 23). In questo caso, infatti, il maggior numero di progetti che possiedono i requisiti preliminari per essere considerati buone pratiche (quelli definitivi saranno testati solo con la seconda selezione) si concentra, in ordine decrescente, in Piemonte (13 progetti; 30,2% del totale dei progetti selezionati), nel Lazio (7 progetti; 16,3%) e in Lombardia (6 progetti; 14,0%). Tale risultato evidenzia una significativa discrepanza tra le Regioni in cui è stato rilevato il maggior numero di progetti (rispettivamente Campania, Veneto ed Emilia-Romagna) e quelle in cui si sono stati individuati i progetti con i migliori requisiti di progettazione.

Tabella 23 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti selezionati per regione (valori assoluti, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti di area tematica, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti per regione di area tematica, valori percentuali)

Regione	Alimentazione			
	N°	Progetti selezionati /progetti totali Alimentazione	Progetti selezionati per regione / progetti totali Alimentazione per regione	%
Piemonte	13	6,2%	65%	30,2%
Lazio	7	3,3%	41,2%	16,3%
Lombardia	6	2,9%	66,7%	14%
Emilia-Romagna	4	1,9%	13,3%	9,3%
Campania	4	1,9%	12,9%	9,3%
Abruzzo	2	1,0%	15,4%	4,7%
Sardegna	2	1,0%	40%	4,7%
Veneto	1	0,5%	3,3%	2,3%
Friuli Venezia Giulia	1	0,5%	8,3%	2,3%
Toscana	1	0,5%	33,3%	2,3%

Regione	Alimentazione			
	N°	Progetti selezionati /progetti totali Alimentazione	Progetti selezionati per regione / progetti totali Alimentazione per regione	%
Umbria	1	0,5%	7,7%	2,3%
Puglia	1	0,5%	33,3%	2,3%
Marche	0	0,0%	0%	0%
Sicilia	-	0,0%	0%	0%
Totale	43	20,5%	20,5%	100%

Una minore discordanza, invece, si registra per i progetti selezionati relativi all'attività fisica (Tabella 24). In questo caso, ben due delle tre regioni in cui è stato rilevato il maggior numero di progetti corrispondono a quelle di appartenenza del maggior numero di progetti contraddistinti da una buona progettazione. Si tratta dell'Emilia-Romagna che con i suoi 5 progetti selezionati (20% del totale dei progetti selezionati) si colloca al secondo posto e della Campania che, invece, con 3 progetti selezionati si attesta al terzo posto (12%). Al primo posto si trova, invece, la Lombardia (6 progetti selezionati; 28% del totale dei progetti selezionati) che tuttavia non era risultata tra le Regioni con il maggior numero di progetti rilevati, confermando anche in questo caso un gap tra dato qualitativo e quantitativo.

Tabella 24 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti selezionati per regione (valori assoluti, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti di area tematica, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti per regione di area tematica, valori percentuali)

Regione	Attività Fisica			
	N°	Progetti selezionati / progetti totali Alimentazione	Progetti selezionati per regione / progetti totali Alimentazione per regione	%
Lombardia	7	5,4%	77,8%	28%
Emilia-Romagna	5	3,9%	15,2%	20%
Piemonte	3	2,3%	75%	12%
Campania	3	2,3%	20%	12%
Umbria	2	1,6%	28,6%	8%
Lazio	2	1,6%	28,6%	8%

Regione	Attività Fisica			
	N°	Progetti selezionati / progetti totali Alimentazione	Progetti selezionati per regione / progetti totali Alimentazione per regione	%
Abruzzo	1	0,8%	20,0%	4%
Puglia	1	0,8%	50%	4%
Sardegna	1	0,8%	33,3%	4%
Marche	0	0%	0%	0%
Veneto	0	0%	0%	0%
Friuli Venezia Giulia	0	0%	0%	0%
Toscana	0	0%	0%	0%
Sicilia	0	0%	0%	0%
Totale	25	19,4%	19,4%	100%

La minor proporzione di progetti selezionati, invece, riguarda per l'alimentazione Marche e Sicilia (nessun progetto selezionato) seguite dal 3,3% del Veneto. Relativamente all'attività fisica, in Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche e Sicilia si registra la minore percentuale di progetti selezionati (nessun progetto selezionato); segue, a notevole distanza, l'Emilia-Romagna con ben il 15,2% di progetti selezionati.

Si osserva, dunque, che mentre per l'area tematica alimentazione l'assenza di progetti selezionati ha interessato due sole regioni (Marche e Sicilia), per l'area tematica attività fisica questa situazione si è verificata per ben cinque regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia, Toscana, Marche e Sicilia).

Relativamente ai componenti del Gruppo Interregionale Alimentazione ed Attività Fisica, per l'alimentazione la Campania occupa il quarto posto fra le 14 regioni insieme all'Emilia-Romagna (4 progetti selezionati ciascuna pari rispettivamente al 9,3% del totale dei progetti selezionati), seguita dall'Abruzzo (sesta posizione con 2 progetti selezionati pari al 4,7%), dall'Umbria (ottava posizione con 1 progetto selezionato pari al 2,3%) e dalle Marche (ultima posizione con nessun progetto selezionato). Per l'attività fisica, invece, al terzo posto già segnalato della Campania (3 progetti selezionati pari al 12% del totale di quelli selezionati), seguono il quarto dell'Umbria (2

progetti selezionati pari all'8%), il settimo dell'Abruzzo (1 progetto selezionato pari al 4%) e l'ultimo delle Marche (nessun progetto selezionato).

Considerando contemporaneamente entrambe le aree tematiche alimentazione ed attività fisica, la regioni con i migliori progetti dal punto di vista metodologico-formale risultano, in ordine decrescente, il Piemonte (13 e 3 progetti rispettivamente per alimentazione ed attività fisica), la Lombardia (6 e 7 progetti) e l'Emilia-Romagna che condivide la terza posizione con il Lazio (rispettivamente 7 e 2 progetti questo, 4 e 5 progetti quella). In ultima posizione, invece, si collocano Marche e Sicilia con nessun progetto selezionato per entrambe le aree tematiche esaminate.

Deve comunque essere ricordato che anche per i progetti selezionati vale l'osservazione che molti di essi si riferiscono contemporaneamente ad entrambe le aree tematiche alimentazione ed attività fisica. In questo caso, però, sulla base dei dati di cui tutte le 14 Regioni dispongono allo stato attuale, il Gruppo Interregionale è potuto risalire al numero di tali progetti (ben 16), che sommato a quelli che trattano di sola alimentazione (pari a 27) e a quelli che si occupano di sola attività fisica (pari a 9) dà il totale effettivo dei progetti delle due aree tematiche (52 elementi contro i 68 che si ottengono dalla semplice somma aritmetica di tutti i progetti sull'alimentazione e di quelli sull'attività fisica). Sulla base del numero effettivo dei progetti selezionati, l'ordine delle regioni con il maggior numero di progetti che soddisfano i cosiddetti "criteri di buona progettazione" vede confermato il primo posto del Piemonte (15 progetti effettivi di cui 12 di sola alimentazione, 2 di sola attività fisica e 1 di entrambe le aree) ed il terzo posto del Lazio (7 progetti effettivi di cui 5 di sola alimentazione, nessuno di sola attività fisica e 2 di entrambe le aree). Quest'ultima posizione è però condivisa con la Lombardia (7 progetti di cui nessun progetto di sola alimentazione, 1 progetto di sola attività fisica e 6 progetti di entrambe le aree) che scende di una posizione rispetto alla successione basata sulla somma di tutti i progetti selezionati di ciascuna area tematica. Rispetto a quest'ordine, invece, si colloca in seconda posizione - mentre prima occupava la terza - l'Emilia-Romagna con 8 progetti effettivi, di cui 3 di sola alimentazione, 4 di sola attività fisica e 1 di entrambe le aree (Tabella 25).

Tabella 25 – Aree tematiche Alimentazione, Attività Fisica e entrambe contemporaneamente - Distribuzione dei progetti selezionati “effettivi” per regione

Regione	Alimentazione solo	Attività Fisica solo	Alimentazione + Attività fisica	Totale Effettivo progetti	
	N°	N°	N°	N°	%
Piemonte	12	2	1	15	28,8%
Emilia-Romagna	3	4	1	8	15,4%
Lazio	5	0	2	7	13,5%
Lombardia	0	1	6	7	13,5%
Campania	1	0	3	4	7,7%
Umbria	1	2	0	3	5,8%
Abruzzo	1	0	1	2	3,8%
Sardegna	1	0	1	2	3,8%
Veneto	1	0	0	1	1,9%
Friuli Venezia Giulia	1	0	0	1	1,9%
Toscana	1	0	0	1	1,9%
Puglia	0	0	1	1	1,9%
Marche	0	0	0	0	0%
Sicilia	0	0	0	0	0%
Totale	27	9	16	52	100%

Tra le regioni del Gruppo Interregionale in quinta posizione si trova la Campania (4 progetti di cui 1 di sola alimentazione, nessuno di sola attività fisica e 3 di entrambe le aree) seguita dall'Umbria (sesta posizione con 3 progetti di cui 1 di sola alimentazione, 2 di sola attività fisica e nessuno di entrambe le aree), dall'Abruzzo (settima - insieme alla Sardegna – con 2 progetti di cui 1 di sola alimentazione, nessuno di sola attività fisica ed 1 di entrambe le aree) e dalle Marche (ultima insieme alla Sicilia con nessun progetto selezionato).

La distribuzione per regione della proporzione dei progetti selezionati (i.e. proporzione dei progetti selezionati in ciascuna regione, rispettivamente per l'alimentazione e per l'attività fisica, sul totale dei progetti inseriti in banca dati per la corrispondente area tematica in ogni regione) fornisce informazioni aggiuntive sulla qualità dei progetti rilevati. In questo caso l'ordine delle regioni con la maggior proporzione di progetti

selezionati a partire da quelli originariamente inseriti in banca dati vede – per l'alimentazione - al primo posto la Lombardia (66,7%), al secondo il Piemonte (65,0%) ed al terzo il Lazio (41,2%) (Tabella 23). Le stesse prime due regioni sono in testa per l'attività fisica, ma, in questo caso, con percentuali più alte (Lombardia 77,8% e Piemonte 75%), mentre al terzo posto si colloca la Puglia con la selezione del 50% dei progetti inseriti (Tabella 24).

Quanto ai componenti del Gruppo Interregionale, l'ordine per l'alimentazione è dato da Abruzzo (settima posizione con il 15,4% dei progetti di attività fisica selezionati sul totale dei progetti originariamente inseriti in banca dati in quella regione per quella data area tematica), Campania (nona posizione con il 12,9%), Umbria (undicesima con il 7,7%) e Marche (ultima posizione con nessun progetto selezionato). Per l'attività fisica, invece, l'Umbria (quinta posizione con il 28,6%) è seguita dall'Abruzzo e dalla Campania (entrambe in settima posizione con il 20%) ed, infine, dalle Marche (ultima posizione con nessun progetto selezionato).

5.2.2 INFEZIONI SESSUALMENTE TRASMISSIBILI E SALUTE SESSUALE

(A cura di Sara Carbone, Enrica Castellani e Laura Pilotto)

Il presente paragrafo è dedicato alla descrizione dei progetti afferenti all'area tematica delle "infezioni sessualmente trasmissibili" e "salute sessuale", di seguito denominata sessualità.

La Tabella 25 mostra la distribuzione dei progetti suddivisi per area tematica: come si può notare i progetti per i quali sia stata indicata come area tematica la sessualità sono 313. Questa tematica pertanto è da ritenersi, assieme alle dipendenze (605 progetti) e alla salute mentale (436 progetti), tra quelle maggiormente trattate in relazione alla salute della popolazione in età adolescenziale. È da notare che per ben 149 progetti non è stata indicata alcuna area di interesse specifica e di conseguenza i relativi dati non potranno essere considerati ai fini delle analisi.

Si segnala infine che l'*item* relativo all'area tematica è tra quelli per cui è possibile indicare più di un'alternativa di risposta, pertanto per ogni progetto possono essere indicate più aree: il numero complessivo di progetti suddivisi nelle diverse aree tematiche è superiore al numero totale di progetti.

Tabella 26 - Progetti suddivisi per area tematica

Area tematica	N°	%
Dipendenze	605	29.82
Salute Mentale	436	21.49
Sessualità	313	15.43
Alimentazione	210	10.35
Incidenti Stradali	187	9.22
Non indicata	149	7.34
Attività Fisica	129	6.36

Distribuzione geografica

La Tabella 27 ed il grafico sottostante (Grafico 48) riportano la distribuzione geografica dei progetti relativi all'area tematica sessualità in ordine decrescente di rango.

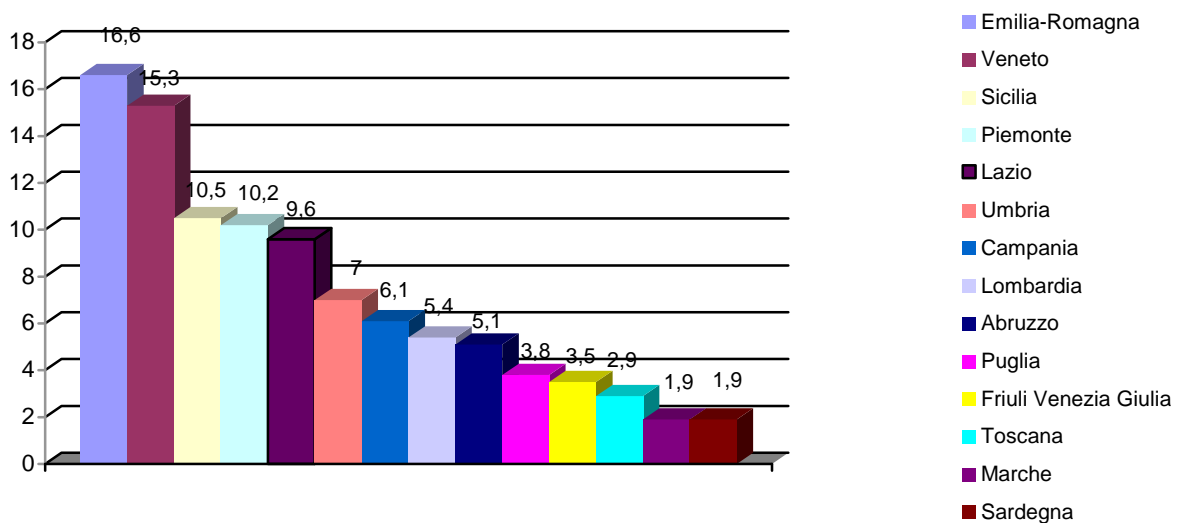
Come si può osservare le regioni con il maggior numero di progetti per quest'area sono l'Emilia-Romagna, con 52 progetti (16.6%), e il Veneto, con 48 progetti (15.3%). Fanalino di coda con il minor numero di progetti sono, invece, la regione Marche e la regione Sardegna, con 6 progetti a testa (1.9%, rispettivamente).

Tabella 27 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per regione di riferimento

Regione di riferimento	N°	%
Emilia-Romagna	52	16.6
Veneto	48	15.3
Sicilia	33	10.5
Piemonte	32	10.2
Lazio	30	9.6
Umbria	22	7
Campania	19	6.1
Lombardia	17	5.4
Abruzzo	16	5.1
Puglia	12	3.8

Regione di riferimento	N°	%
Friuli Venezia Giulia	11	3.5
Toscana	9	2.9
Marche	6	1.9
Sardegna	6	1.9
Totale	313	100

Grafico 48 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per regione di riferimento



Distribuzione per setting

Per quanto riguarda i progetti raccolti e inseriti nella banca dati Pro.Sa., volti a promuovere buoni e corretti atteggiamenti e comportamenti sessuali, il *setting* nel quale vengono attuati il maggior numero di programmi è l'“Ambiente scolastico” (Tabella 28), con 266 progetti (85% dei 313); come mostra la tabella, al secondo posto ci sono i “Servizi Sanitari” con 89 progetti (28.4%). Il *setting* nel quale, invece, vengono attuati il minor numero di progetti è l' “Ambiente di lavoro”, con 2 casi (0.6%).

Le percentuali sopra riportate sono state calcolate dividendo il numero di progetti con un determinato *setting* per il numero complessivo dei progetti inseriti nella banca dati per questa determinata tematica (più precisamente 313). Tali considerazioni vanno rapportate singolarmente al campione complessivo, in quanto questo *item* del questionario prevedeva la possibilità di indicare più di un'alternativa di risposta; di

conseguenza le informazioni fornite da questo *item* del questionario devono essere trattate come variabili dicotomiche di presenza/assenza di una determinata caratteristica. L'elevato numero di progetti ambientati nella realtà scolastica rispetto all'esiguo numero di progetti realizzati nell'ambiente lavorativo potrebbe essere messo in relazione ad una diversa presenza della popolazione adolescenziale nei due *setting*. Il numero elevato di progetti sia per il *setting* "Ambiente scolastico" che per i "Servizi Sanitari" potrebbe scaturire da una radicata collaborazione tra il mondo della scuola e le aziende sanitarie. L'educazione all'affettività, alla sessualità e alla prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse sono argomenti che generalmente creano disagio agli insegnanti e di cui questi faticano a parlare, per cui preferiscono che siano operatori sanitari e/o esperti ad affrontarlo.

Tabella 28 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per *setting* di riferimento

Setting di riferimento	N°	%	Setting di riferimento	N°	%
Ambiente scolastico	266	85	Luoghi informali	33	10.5
Servizi Sanitari	89	28.4	Luoghi per attività sportive	14	4.5
Comunità	51	16.3	Ambienti di vita	12	3.8
Luoghi del tempo libero	45	14.4	Ambienti di lavoro	2	0.6

Distribuzione per target

La tabella sotto riportata (Tabella 29) rappresenta la distribuzione dei progetti per target di riferimento in ordine decrescente di rango; come si può osservare, il target con maggior prevalenza di iniziative è quello dei ragazzi tra i 14 e i 18 anni: ben 241 progetti sui 313 (77%) sono rivolti anche a questa fascia d'età. Questo risultato era prevedibile, in quanto l'educazione sessuale tradizionalmente viene affrontata nel mondo scolastico nel corso delle scuole superiori. Numerosi sono anche i progetti rivolti ai ragazzi di età compresa tra gli 11 e i 13 anni: 112 progetti rispetto al totale (35.8%).

Solitamente le modalità per affrontare questa tematica sono però diverse da quelle proposte per i ragazzi più grandi: l'approccio alla sessualità per questo target è generalmente quello di una discussione sull'affettività e sui cambiamenti psicofisici legati all'adolescenza.

Anche gli operatori scolastici sono coinvolti in numerosi progetti (55.6%), così come i genitori e le famiglie (32.6%), anche se presumibilmente coinvolti come target

intermedio. La tabella sotto riportata non presenta però alcuna suddivisione tra target finale ed eventuali target intermedi.

È utile ricordare che la maggior parte dei progetti può rivolgersi contemporaneamente a più di un target, pertanto i commenti alle tabelle devono essere sempre riportati all'intera popolazione di riferimento (i 313 progetti relativi all'area tematica sessualità).

Tabella 29 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per target di riferimento

Target di riferimento	N°	%
14-18 anni	241	77
Operatori scolastici	174	55.6
11-13 anni	112	35.8
Genitori e famiglie	102	32.6
Operatori sanitari	97	31
Giovani	61	19.5
19-24 anni	59	18.8
Operatori socio-assistenziali	56	17.9
Adulti	29	9.3
Altri professionisti del settore pubblico	26	8.3
Altri professionisti del settore privato	23	7.3
Volontari	19	6.1
Popolazione generale	17	5.4
Immigrati	15	4.8
Amministratori e politici	15	4.8
Genere	8	2.6
Fasce deboli	8	2.6
Portatori di patologie	6	1.9
Diversamente abili	3	1
Anziani	2	0.6
6-10 anni	1	0.3
Lavoratori	1	0.3

Target di riferimento	N°	%
0-2 anni	-	-
3-5 anni	-	-

Distribuzione in base ai criteri individuati per la prima selezione

La Tabella 30 riporta, infine, la distribuzione dei progetti relativi all'area tematica "sessualità", suddivisi per regione, che hanno superato i criteri individuati per l'estrazione preliminare e prima selezione.

Più precisamente nella estrazione preliminare sono stati estratti i soli progetti terminati o per i quali fosse stata redatta una relazione conclusiva con valutazione di processo e/o di risultato.

Nella prima selezione si sono estratti invece, dalla banca dati Pro.Sa., i progetti che hanno superato i criteri di buona progettazione stabiliti insieme dal gruppo di lavoro (*cfr. capitolo 4*).

Come si può osservare, dei 313 progetti dell'area tematica analizzata, solamente 61 (19.5 %) soddisfano i criteri prefissati.

Le regioni con il maggior numero di progetti che hanno superato la selezione sono il Piemonte (con 16 progetti) il Lazio (con 11) e l'Umbria (con 7); al contrario ci sono ben tre regioni (Marche, Sardegna e Sicilia) per le quali nessun progetto è risultato idoneo rispetto ai criteri di selezione.

La Tabella 30 mostra, in ordine decrescente di rango, le regioni con il maggior numero di progetti selezionati; questo ordinamento non rispetta tuttavia quello presentato nella Tabella 27: vi è infatti un'evidente discrepanza tra le regioni in cui è stato rilevato il maggior numero di progetti per questa tematica (rispettivamente Emilia-Romagna, Veneto e Sicilia) e quelle in cui si sono individuati i progetti che rispettano i requisiti richiesti.

La quarta colonna della tabella mostra invece la percentuale dei progetti, suddivisi per regione, che hanno superato i criteri di buona progettazione, rispetto al totale dei progetti di questa specifica tematica: si può osservare che le regioni che mostrano la percentuale più elevata di progetti idonei sono rispettivamente il Piemonte e la Puglia (50%).

Nella lettura dei dati è tuttavia fondamentale considerare il fatto che le percentuali sono state calcolate rispetto alla numerosità di ogni singola regione, che può variare considerevolmente.

Ci sono però ben 3 regioni che non hanno alcun progetto che abbia superato la selezione; più precisamente, dei 33 progetti inseriti nella banca dati Pro.Sa. dalla

regione Sicilia e dei 6 rispettivamente inseriti dalla Sardegna e dalle Marche, nessuno ha superato i criteri di selezione.

Tabella 30 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per regione rispetto al numero di progetti che hanno superato i criteri di buona selezione

Regione di riferimento	Progetti Sessualità	Progetti superato selezione	%Progetti superato selezione rispetto al totale
Piemonte	32	16	50
Lazio	30	11	36.7
Umbria	22	7	31.8
Puglia	12	6	50
Friuli Venezia Giulia	11	5	45.5
Veneto	48	4	8.3
Lombardia	17	4	23.5
Emilia-Romagna	52	3	5.8
Toscana	9	2	22.2
Campania	19	2	10.5
Abruzzo	16	1	6.3
Sicilia	33	-	-
Sardegna	6	-	-
Marche	6	-	-
Totale	313	61	19.5

5.2.3 DIPENDENZE

(A cura di: Alberto Silva, Daniela D'Angelo, Chiara Covri, Francesca Montali e Concetta De Nucci)

Premessa

Il presente paragrafo si discosta dai precedenti in quanto, in maniera autonoma, è stata effettuata un'analisi della "selezione secondo i criteri tematici" che i Centri aderenti si sono impegnati a riprendere ed effettuare nell'ambito del progetto "Rete dei Centri", ideale prosecuzione della "ricognizione adolescenti" (*cf. capitolo 6*). L'esperienza della Toscana, dunque, potrebbe fare da "apripista" per le successive elaborazioni in tale senso a cura degli altri Centri, se da parte di questi si ravvisa un interesse in tal senso.

Introduzione

I dati che vengono presentati appartengono ai 115 progetti sulle “dipendenze” selezionati dal DORS nel totale dei progetti presenti in banca dati.

Il DORS ed il CCM hanno affidato alla Toscana, all’Emilia-Romagna ed alla Puglia il compito di effettuare una analisi sui progetti selezionati di quest’area tematica.

Tenendo conto delle indicazioni generali fornite dal CCM sui criteri di analisi, il gruppo di lavoro ha definito una “griglia” dove raccogliere gli elementi salienti di ogni progetto tali da permettere lo svolgimento del lavoro di valutazione della qualità.

Una volta creato lo strumento di rilevazione, per facilitare il lavoro di lettura, interpretazione e codifica delle informazioni di ogni progetto, è stato realizzato un piccolo database sperimentale che riproduceva il contenuto delle griglia stessa.

Dopo un lavoro di lettura e studio della documentazione raccolta, Toscana, Emilia-Romagna e Puglia hanno inserito i dati e le informazioni salienti di ognuno dei 115 progetti sulle “dipendenze”.

Una volta terminato l’inserimento dei progetti nell’archivio, i dati sono stati ricomposti in un unico file e re-inviati ad ognuna delle tre regioni in modo da iniziare a lavorare sull’analisi, proporre soluzioni e schemi, creare i presupposti per la stesura del report finale.

Tutto il lavoro, dalla definizione della “griglia”, alla creazione ed invio del database, la produzione del manuale per l’uso, allo scambio dei files (una volta inseriti i dati), alla ricomposizione degli archivi stessi, è stato realizzato con la collaborazione del Dott. Alberto Silva dell’Educazione alla Salute dell’Azienda Usl 11 di Empoli, che ha curato anche l’analisi dei dati, la definizione dell’indicatore e dell’algoritmo per il calcolo, la stesura del report.

I dati salienti dei progetti, date le premesse, sono riportati in questo report.

Descrizione generale

Progetti sulle “dipendenze” totali inseriti: 115.

Distribuzione per Regione

Nella distribuzione per regione l’Emilia-Romagna e la Puglia hanno il maggior numero di progetti in archivio.

Grafico 49 - Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per regione (valori percentuali)

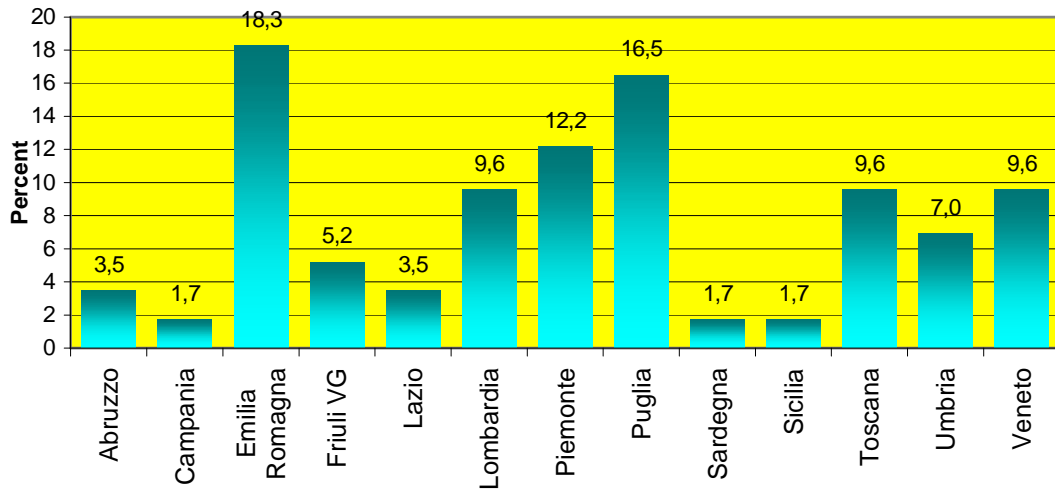
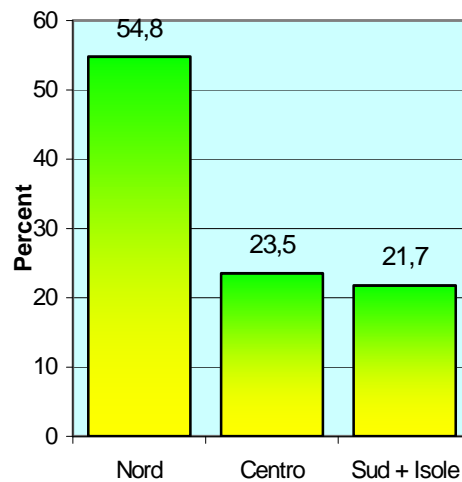


Grafico 50 - Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per zona geografica (valori percentuali)

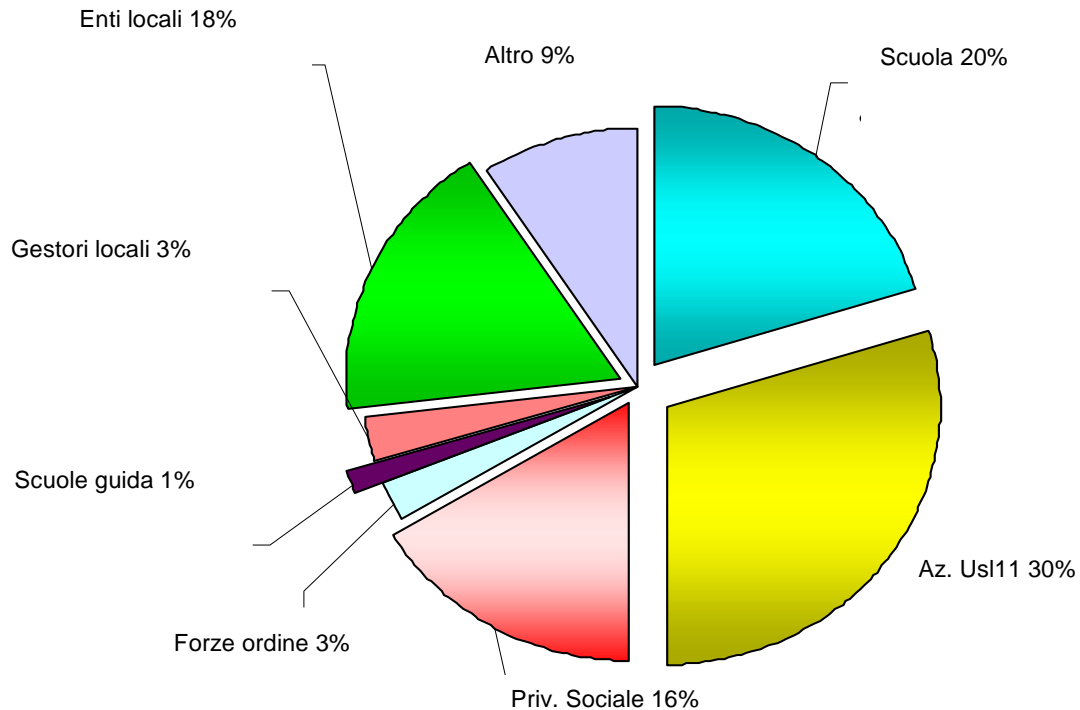


In una suddivisione per grandi aree geografiche, oltre il 50% dei progetti censiti sulle “dipendenze” ha origine nel nord Italia.

Soggetti (o attori) coinvolti partecipanti al progetto

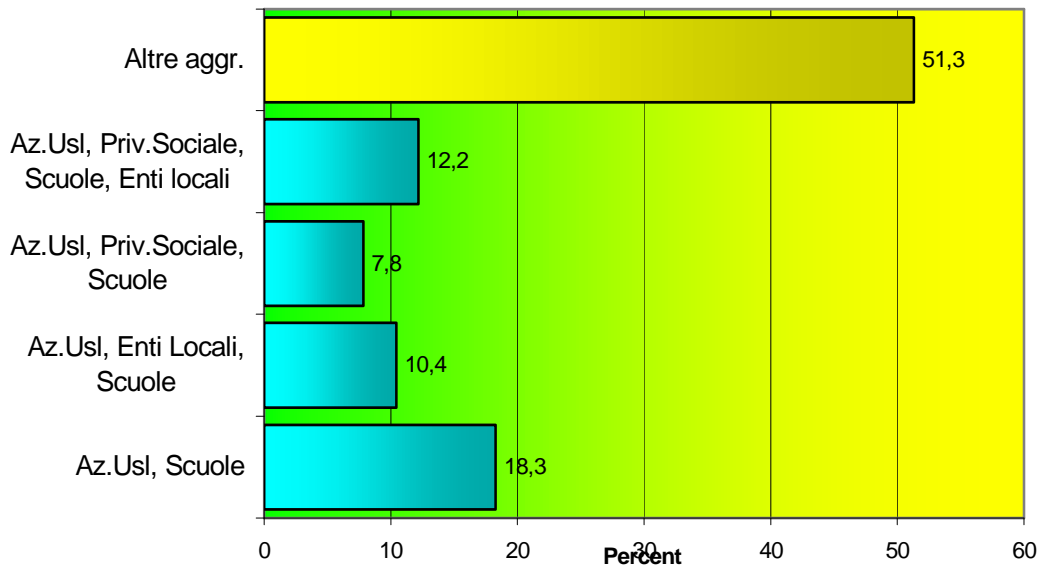
Tutti i progetti hanno coinvolto altri enti o istituzioni.

Grafico 51 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per tipologia di soggetti coinvolti (valori percentuali; dati disaggregati)



Organizzando i dati relativi ai soggetti coinvolti nei progetti, i più rappresentati sono Azienda Usi, Scuola, Enti locali e Privato Sociale (terzo settore). In questa rappresentazione i dati sono in forma “disaggregata”, ovvero gli “enti” vengono presentati come valore totale, non considerando le possibili “aggregazioni” di più soggetti per progetto. Se invece andiamo ad analizzare l’insieme dei soggetti partecipanti, anche in forma associata, per progetto (ovvero le aggregazioni più frequenti) otteniamo altri risultati.

Grafico 52 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per tipologia di soggetti coinvolti (valori percentuali; dati aggregati)

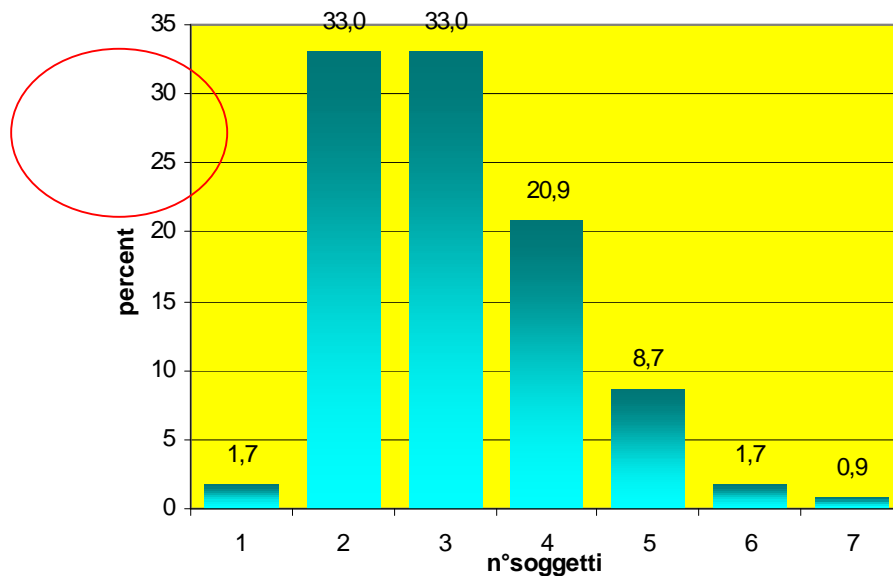


L’aggregazione più rappresentata è il binomio “Az.Usl – Scuole” (18.3% del totale): seguono altre aggregazioni che vedono sempre le Scuole, l’Az.Usl e gli Enti Locali. Circa il 50% dei progetti presenta altre forme di aggregazione: le “altre aggregazioni” ritrovate sono 34.

Distribuzione del numero di “soggetti partecipanti al progetto” (o enti coinvolti)

Nella maggior parte dei progetti sono coinvolti 2 o 3 soggetti che costituiscono il 66% dei progetti totali. L’11.3% dei progetti supera i 4 soggetti della rete.

Grafico 53 – Area tematica Dipendenze - Distribuzione del numero di “soggetti partecipanti al progetto” dei progetti (valori percentuali)



Nella tabella si riporta il numero di progetti per regione con il numero medio di “partecipanti”. I valori più elevati si rilevano in Toscana (4.5 soggetti), in Campania (che ha però solo 2 progetti) con lo stesso valore di 4.5 ed in Emilia-Romagna con 4.

Tabella 31 - Area tematica Dipendenze –Distribuzione dei progetti per regione e media dei soggetti partecipanti

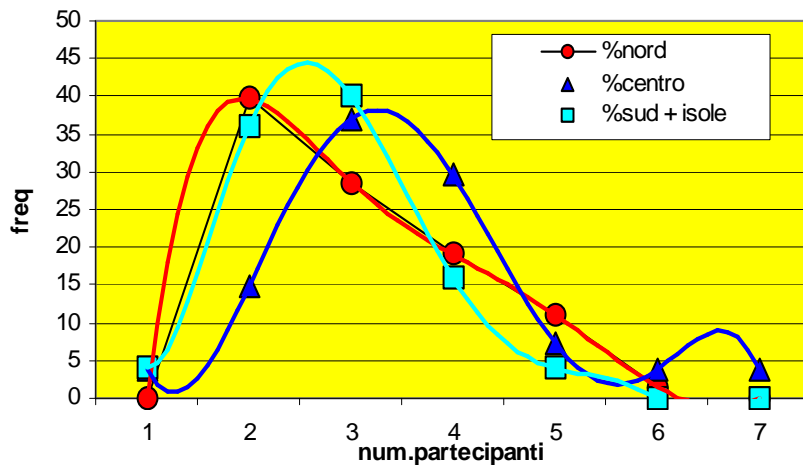
Regione	N° Progetti	Media soggetti della rete
Emilia Romagna	21	4,0
Friuli Venezia Giulia	6	2,5
Veneto	11	2,2
Lombardia	11	3,4
Piemonte	14	2,4
Abruzzo	4	2,0
Lazio	4	2,8
Toscana	11	4,5
Umbria	8	3,1
Campania	2	4,5
Puglia	19	2,7
Sardegna	2	2,5
Sicilia	2	2,5

Distribuzione territoriale del numero di partecipanti ai progetti – per area geografica

Nella distribuzione del “n° di soggetti della rete” per area geografica si rilevano differenze, seppur non significative.

La maggior parte dei progetti del “centro” ha 3 o 4 soggetti; nel nord invece i valori più elevati sono 2 e 3 soggetti contro i 3 e 2 del sud.

Grafico 54 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per numero di soggetti partecipanti e per area geografica (valori percentuali)

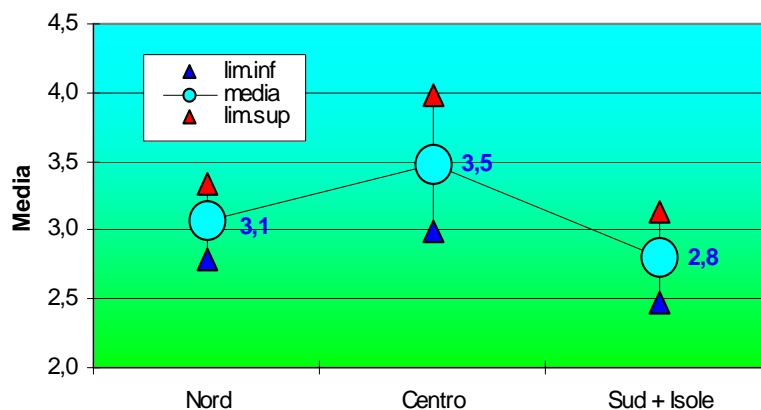


Calcolando il numero medio di “partners” (o soggetti partecipanti) si rilevano differenze per zona, anche se non statisticamente significative (perlomeno in questo campione limitato di progetti).

Nel grafico si riporta il valore medio di “partners” per zona e gli intervalli di confidenza al 95% del valore medio.

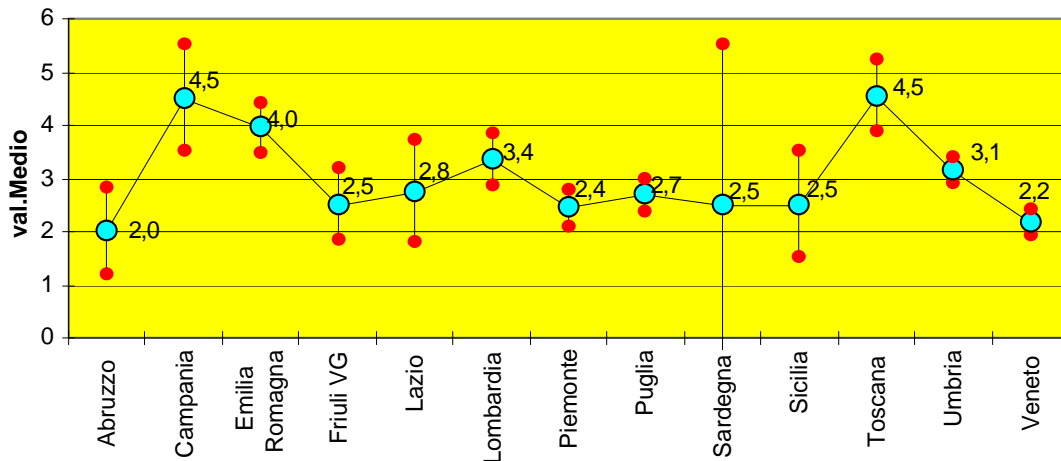
Il “centro” presenta valori più elevati.

Grafico 55 – Area tematica Dipendenze - Media del “numero di soggetti coinvolti” per area geografica



Allo stesso modo si calcola il numero medio di “soggetti partecipanti al progetto” per regione. In questo maniera è possibile avere una idea sulla rete di attori che supporta i progetti a livello nazionale.

Grafico 56 –Soggetti partecipanti al progetto: valore medio e intervalli di confidenza al 95% dei progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per regione



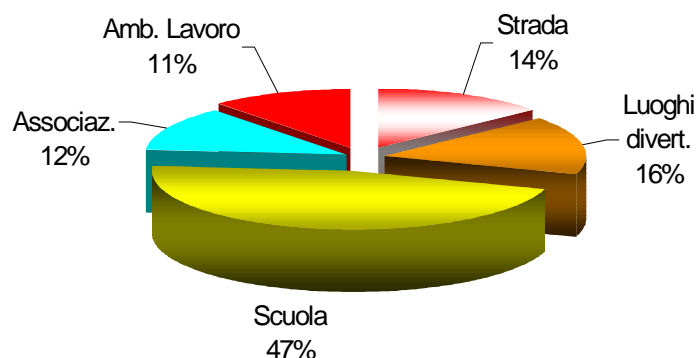
La significatività statistica delle differenze del valore medio del numero di partecipanti tra regioni può essere visto confrontando i limiti di confidenza: se gli estremi non si toccano si hanno differenze significative.

Per esempio il Lazio ha una media di soggetti coinvolti di 2.8 (con una oscillazione dei limiti di confidenza circa da 1.8 a 3.7) le differenze significative del numero medio di *partners* si hanno solo con la Toscana (il limite superiore del valore del Lazio non tocca il limite inferiore della Toscana), che presenta il valore più elevato (4.5 *partners*, o partecipanti, per progetto).

Luoghi di intervento

Il luogo, o i luoghi, dove si è svolto l'intervento sono principalmente la Scuola, i luoghi di divertimento (discoteche, *rave party*, feste) e la Strada.

Grafico 57 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per *setting* (valori percentuali; dati disaggregati)

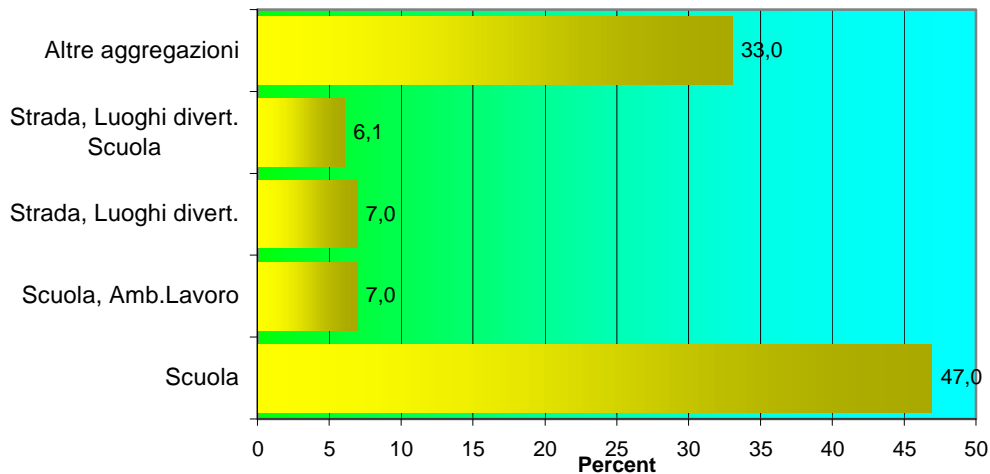


In forma disaggregata, la scuola è il luogo di elezione dei progetti: seguono i luoghi di divertimento, la strada e le associazioni.

Anche l'ambiente di lavoro viene interessato da alcuni interventi.

Vediamo adesso i dati in forma "aggregata".

Grafico 58 – Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per setting (valori percentuali; valori aggregati)



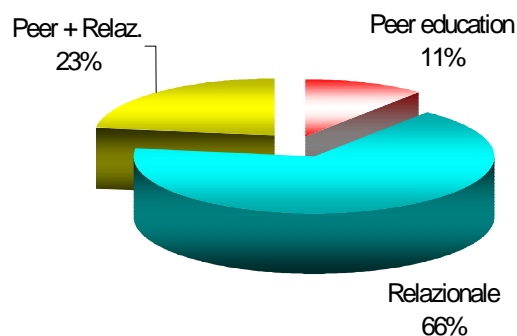
In poco meno della metà dei progetti la "scuola" è l'unico luogo di intervento: nelle altre aggregazioni si ritrovano la strada, gli ambienti di lavoro ed i luoghi di divertimento.

Le "altre aggregazioni" ritrovate nei progetti sono 17.

Metodologia utilizzata nei progetti

Il 4.3% dei progetti non aveva informazioni tali da permettere di individuare il tipo di metodo utilizzato.

Grafico 59 – Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per metodologia utilizzata (valori percentuali)



Il metodo “relazionale” è il più rappresentato e caratterizza il 66% dei progetti: segue la modalità mista (*peer* + relazionale).

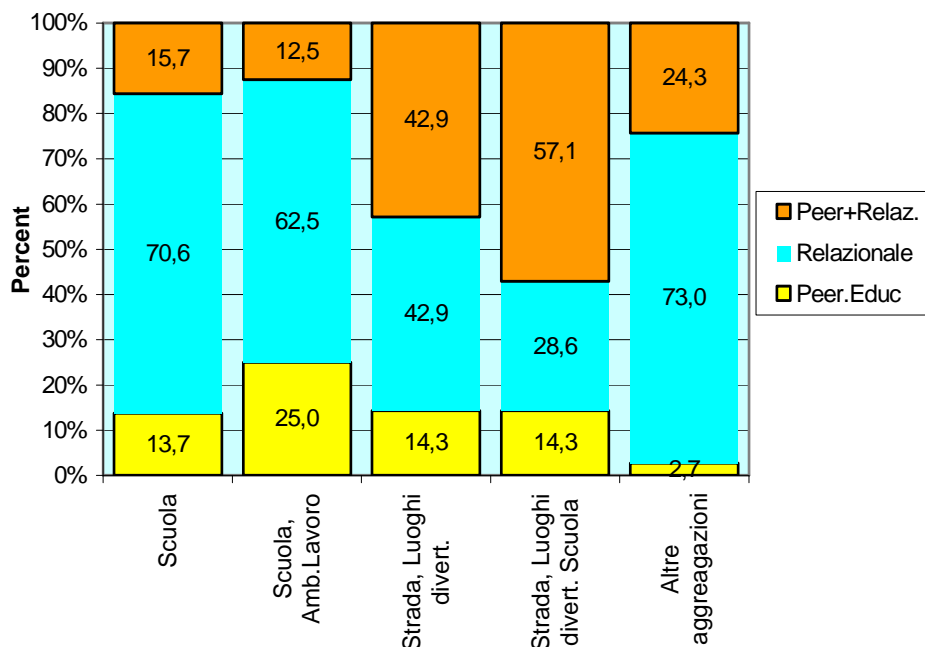
La *peer-education* da sola è il metodo meno diffuso.

Incrocio di variabili – luogo di intervento/metodo utilizzato

E’ evidente, nelle principali aggregazioni di “luoghi di intervento” dove si può presumere il target, la differenza di metodi utilizzati.

Nella “scuola” il 70% dei progetti utilizza il metodo “relazionale”: il metodo *Peer-Education* si usa nei progetti che prevedono interventi nell’aggregazione “Scuola e Ambienti di Lavoro”.

Grafico 60 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per metodologia utilizzata e setting (valori percentuali; incrocio di variabili)

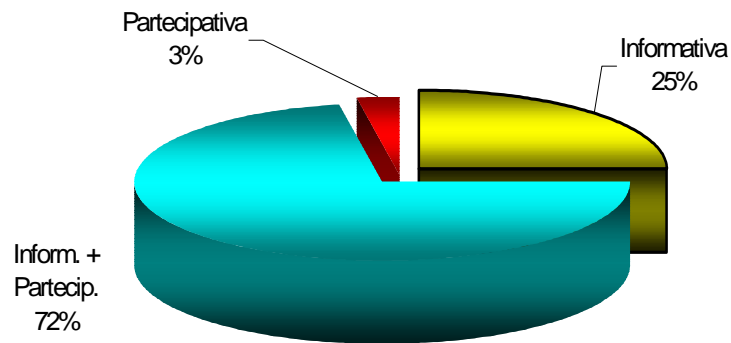


Le modalità di svolgimento del metodo

Le modalità di conduzione del “metodo” sono principalmente la “partecipativa” e la “informativa”.

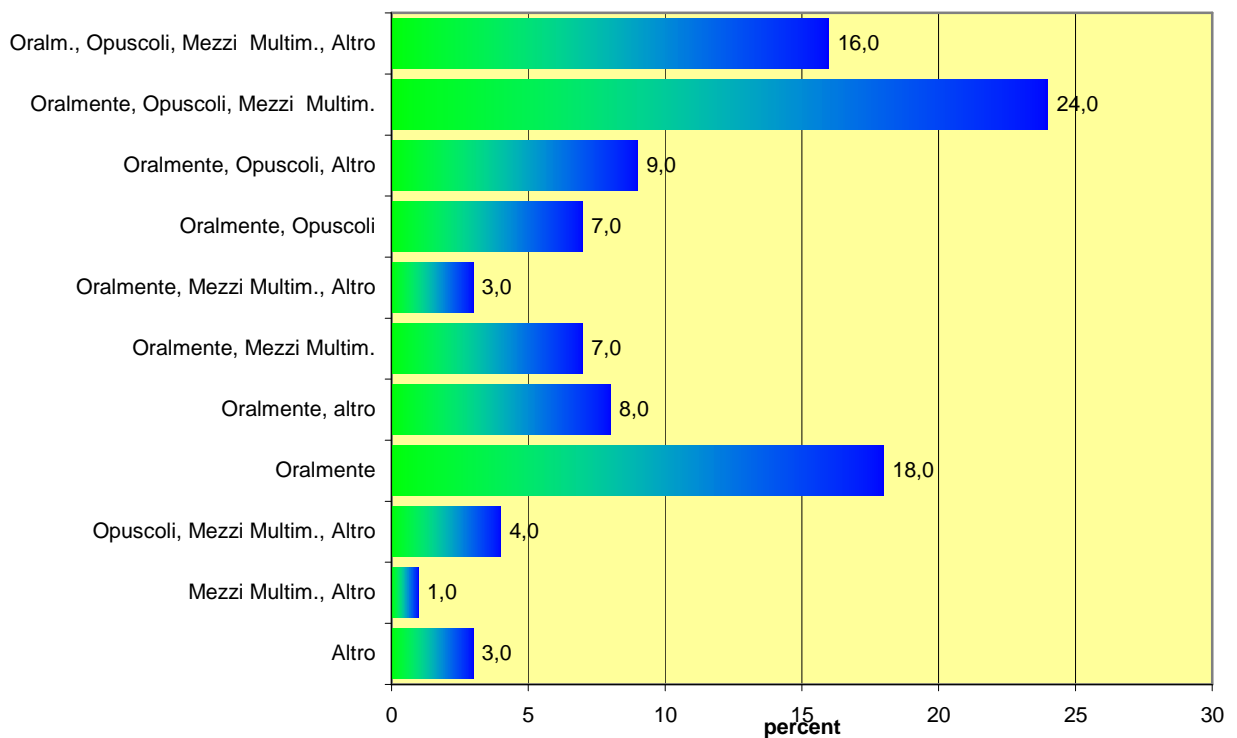
Nel totale dei progetti il 72% utilizza una modalità “mista”, un quarto (25%) solo “informativa” e soltanto il 3% “partecipativa”. In 5 progetti (4.3% del totale) non è evidente quale metodo sia stato utilizzato.

Grafico 61 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per modalità di svolgimento del metodo (valori percentuali)



All’interno della modalità “informativa” il passaggio delle conoscenze avviene oralmente, attraverso opuscoli, mezzi multimediali e con modalità “altre” (es. “formazione”). In 15 progetti (13% del totale) non è stato possibile attribuire nessuna modalità.

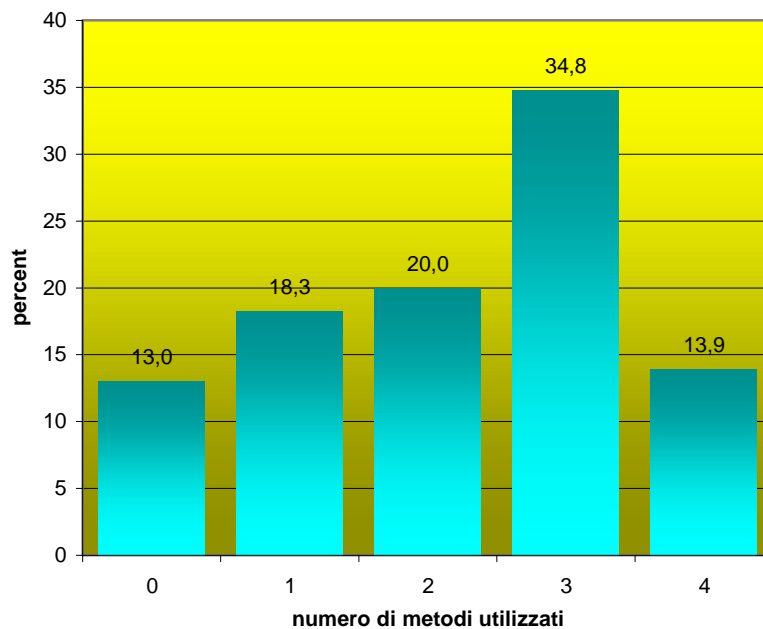
Grafico 62 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per modalità di svolgimento del metodo (valori percentuali; dati disaggregati)



Aggregando i modi della trasmissione dell'informazione (della modalità "informativa") si rileva che la maggior parte dei progetti (24%) utilizza la combinazione Comunicazione Orale, Opuscoli, Mezzi Multimediali: la trasmissione orale costituisce da sola il 18% delle aggregazioni mentre il 16% dei progetti utilizza tutte le modalità di comunicazione considerate.

Nella modalità "informativa" la maggior parte dei progetti utilizza 3 metodi di comunicazione (34.8%): il 13 % dei progetti non ha dato modo di capire quale metodo fosse stato utilizzato.

Grafico 63 – Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per numero di metodi utilizzati (valori percentuali)



Escludendo i 15 progetti "senza metodo", per zona geografica otteniamo i seguenti valori:

Tabella 32– Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per metodo utilizzato e per zona geografica

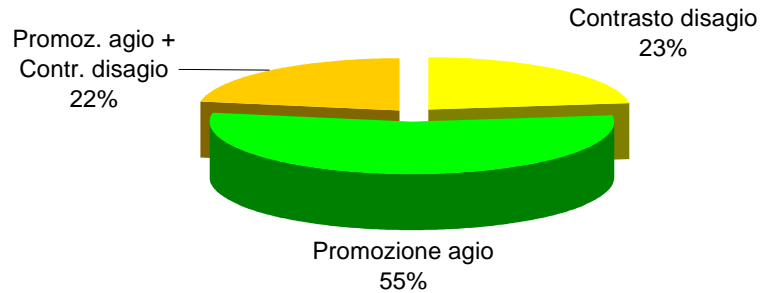
Zona geografica	N°
Nord	1,57
Centro	2,8
Sud e isole	2,05

Nel centro Italia si rileva il valore più elevato di metodi utilizzati.

Le finalità del progetto

In 7 progetti non è stato possibile rilevare la o le finalità dell'iniziativa.

Grafico 64 – Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per finalità dell'intervento (valori percentuali)

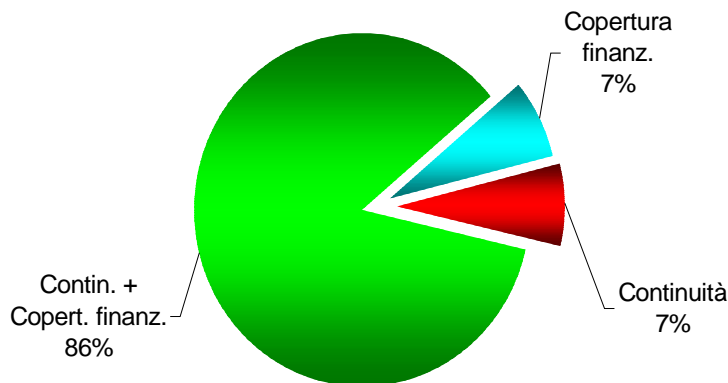


Oltre la metà dei progetti ha la finalità della “promozione dell'agio”, rispetto al 23% che predilige il “contrasto al disagio”; entrambe le finalità sono invece presenti nel 22% degli interventi.

La sostenibilità

Sono stati presi in considerazione due elementi sintetici, il fattore “continuità” (ovvero l'idea di far continuare il progetto) e la disponibilità di “copertura finanziaria”. In 19 progetti non sono stati esplicitati questi criteri di sostenibilità.

Grafico 65 – Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per criteri di sostenibilità (valori percentuali)



Nella maggioranza dei progetti (86%) coesistono sia la copertura finanziaria che la “continuità”.

Gli elementi di buona progettazione

Per elementi di “buona progettazione” abbiamo inteso il riferimento a “modelli teorici”, l’adozione di strumenti di valutazione di processo e di risultato. Sui 115 progetti solo in 3 non figurava nessun elemento di buona progettazione.

Grafico 66 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per gli elementi di buona progettazione (valori percentuali)

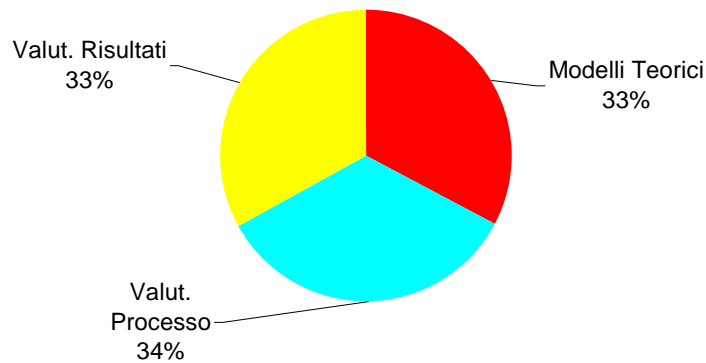
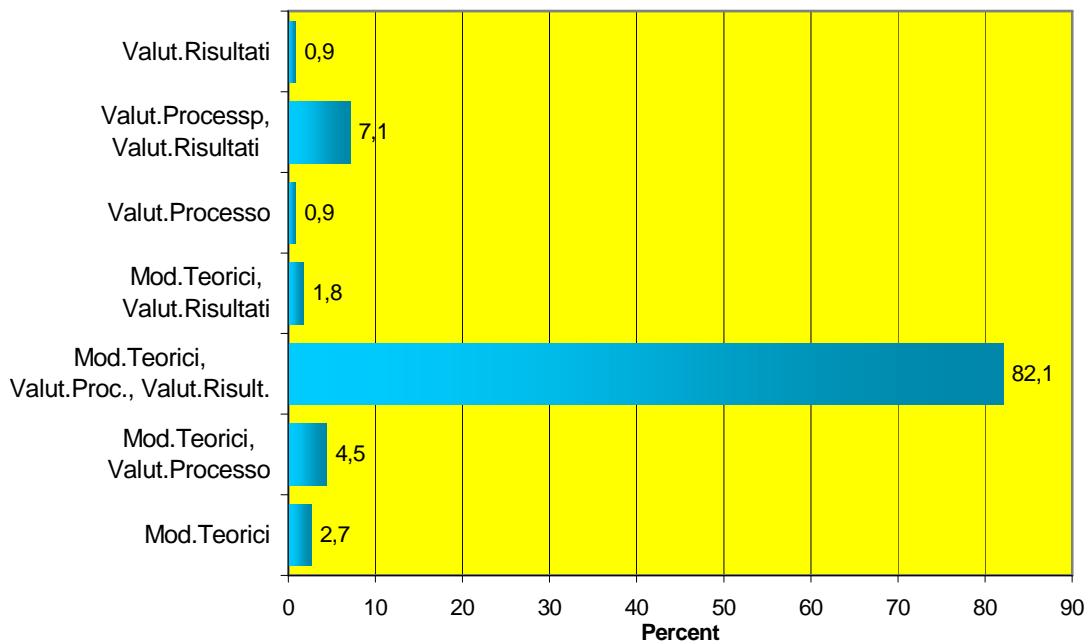


Grafico 67 – Progetti dell’area tematica Dipendenze suddivisi per gli elementi di buona progettazione (valori percentuali; dati aggregati)



Come dati totali disaggregati i 3 elementi di buona progettazione sono presenti con la stessa intensità. Se andiamo invece a considerare le risposte aggregate si rileva che l'82% dei progetti ha tutte e tre le componenti di buona progettazione (modelli teorici, valutazione di processo e di risultato).

Tabella 33 – Area tematica Dipendenze - Progetti con tre elementi di buona progettazione (valori percentuali)

Progetti con 3 elementi di “buona progettazione” e “metodi utilizzati”	%
<i>Peer-Education</i>	100
Relazionale	80
<i>Peer + Relazionale</i>	88

La totalità dei progetti che utilizzano la “*peer education*” (che costituiscono solo l'11% del totale) possiedono tutti gli elementi di buona progettazione, contro l'80% di quelli che utilizzano il metodo misto “*peer + relazionale*”. Le differenze non sono però significative.

Gli aspetti salienti dei progetti e l'ipotesi di un “indicatore”

Il coinvolgimento di più enti, la costituzione di una rete, possono rappresentare elementi di qualità dei progetti come pure più interlocutori, più possibili azioni, maggior coinvolgimento di soggetti target.

Anche il numero di destinatari raggiunti è una indicazione di qualità dell'intervento, nonché il metodo utilizzato e le modalità. Ovviamente anche i “criteri di sostenibilità” e utilizzo di pratiche di “buona progettazione”, così come la presenza di indicatori di processo e di risultato costituiscono fondanti elementi di qualità.

È possibile tentare di calcolare un indicatore, dare un voto ai progetti, da soli o aggregandoli per area geografica, regione, modalità e per qualsiasi altra variabile presente nella griglia.

In questa ipotesi sono stati definiti 11 aspetti salienti (o *item*, o oggetti della qualità), rilevabili dalla “griglia”:

- a) soggetti coinvolti
- b) luoghi o “contesti di intervento”
- c) metodi utilizzati (*peer-education* o relazionale)

- d) modalità con cui i metodi sono stati condotti (informativa o partecipativa: se la modalità è stata la prima – informativa - è stato rilevato l'utilizzo di mezzi quali comunicazione orale, opuscoli, mezzi multimediali ed altro).
- e) finalità del progetto (promozione agio o contrasto al disagio)
- f) presenza di elementi di buona progettazione
- g) effettuazione di analisi di contesto
- h) presenza di criteri di sostenibilità
- i) presenza di criteri di equità
- j) documenti allegati
- k) interventi associati

Indipendentemente da come è stata definita la griglia e della modalità di raccolta dei dati ed informazioni, una maniera generale di attribuire un punteggio ad ogni progetto è offerto dalla somma del valore attribuito ad ognuno degli aspetti salienti: l'ipotesi è ottenere un punteggio da 0 a 10 per ogni "aspetto".

Per "raffinare" l'indicatore abbiamo introdotto ulteriori elementi, ovvero fattori moltiplicativi, per attribuire pesi diversi agli *items* stessi.

Il risultato: l'Indicatore PESATO

Tenendo conto di quanto detto e dei criteri di calcolo, ad ogni progetto viene attribuito un valore che chiameremo "indicatore pesato" che rappresenta una sorta di "voto", generato dalle caratteristiche rilevate calcolato con il criterio stabilito.

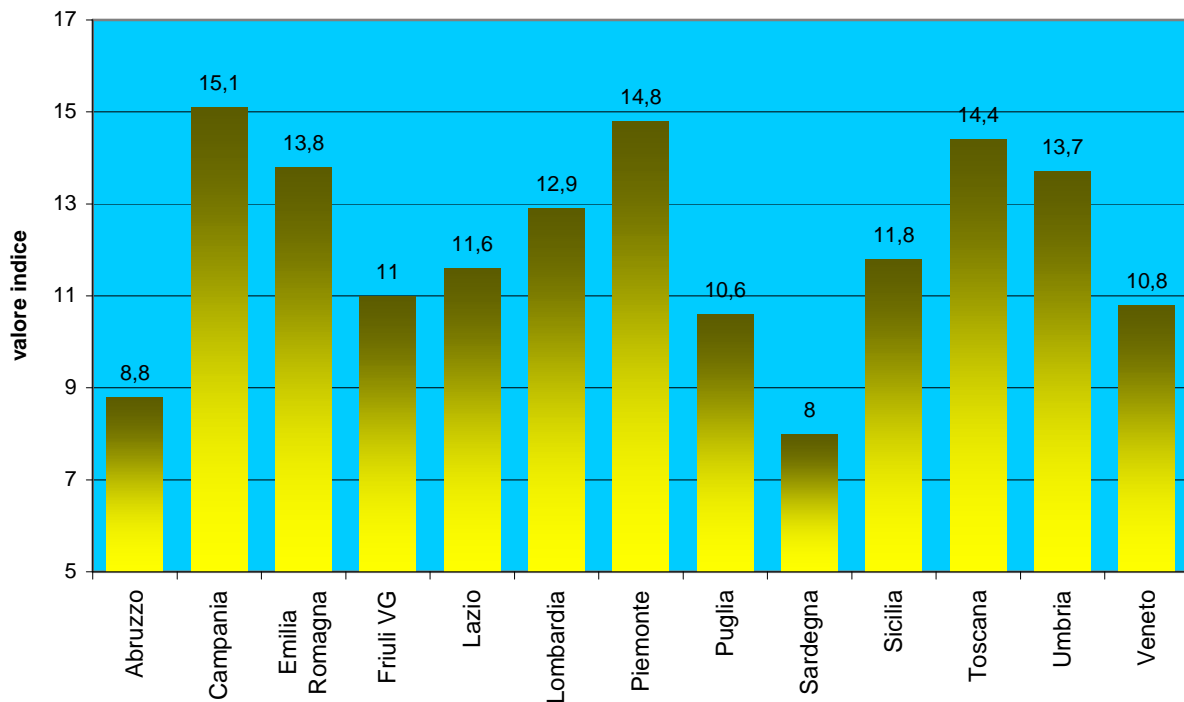
Tabella 34 – Area tematica Dipendenze - Indicatore pesato dei progetti per zona geografica

Indicatore PESATO per zona geografica		
Zona	Valore medio	Valore mediano
Nord	13	13
Centro	12.8	13,4
Sud + Isole	10.8	10.9

Analizzando il valore medio e mediano per zona geografica si ottengono valori simili tra nord e centro ed un po' più bassi al sud e isole.

Nella distribuzione per regione invece i valori più elevati sono quelli della Campania, Piemonte, Toscana, Emilia Romagna e Umbria.

Grafico 68 – Area tematica Dipendenze - Andamento del valore dell'indicatore pesato dei progetti suddiviso per regione (valori mediani)



Note finali

L'utilizzo del software EpiData ha reso possibile l'esportazione della matrice di dati condivisa all'interno di diversi programmi (SPSS 14.0 ed Excel): a loro volta questi software hanno permesso a ciascun Centro di Documentazione di compiere analisi diverse. Ogni Centro ha quindi avuto la libertà di porsi interrogativi differenti e di svolgere le analisi anche a partire dalle diverse aree di competenza e formazione. I risultati ottenuti contengono il frutto del lavoro concertato di tre Centri differenti, che si sono avvalsi di specifiche metodologie (statistiche e metodologiche) per cercare le risposte ciascuno ai propri interrogativi (*cf.* ALLEGATO F *per ulteriori commenti e riflessioni sul lavoro svolto*).

5.2.4 SALUTE MENTALE

(A cura di: Caterina Azzarito, Fabio Candura, Francesco Di Filippo, Eleonora Indorato, Alessia Nastasi, Assunta Tolentino, Gianfranco Tarsitani e Marco Ventola)

Nell'ambito delle tipologie di interventi rispetto alla Salute Mentale, abbiamo identificato tre categorie di analisi a partire dalla letteratura sul tema:

1. Promozione di stili di vita corretti
2. Prevenzione di comportamenti errati e promozione della socializzazione
3. Promozione dell'inclusione sociale, delle pari opportunità e dell'intercultura.

Gli interventi e i progetti censiti inerenti la Salute Mentale abbracciano una serie di azioni:

- promozione della salute mentale attraverso programmi di informazione, campagne di sensibilizzazione e iniziative volte allo sviluppo della consapevolezza
- promozione dell'espressione socio-affettiva attraverso esperienze artistiche (es. teatro, danza...) e psicomotorie
- prevenzione dei fattori di rischio e vulnerabilità per la riduzione dei disturbi mentali (ad es. depressione) e comportamentali (ad es. bullismo)
- promozione e incremento dei fattori protettivi (tra cui programmi educativi volti all'incremento delle abilità/competenze sociali e relazionali es. *life skills*)
- lotta al fenomeno della dispersione scolastica
- lotta al fenomeno dello stigma

I 430 progetti afferenti all'area tematica Salute Mentale hanno riguardato poco meno di un terzo del totale dei progetti inseriti all'interno della banca dati Pro.Sa (il 28,22%).

Distribuzione geografica

Quasi un quarto, il 23,95% del totale dei progetti inseriti afferenti all'area, è costituito da progetti effettuati in Emilia-Romagna (103 progetti) seguita da Lazio con il 15,58% e Veneto con il 15,12% (67 e 65 progetti, rispettivamente). Le tre regioni, complessivamente, superano la metà dei progetti inseriti dall'insieme delle regioni italiane (53,65%). Relativamente modesto è il contributo delle regioni Puglia, Lombardia e Toscana con 4 per le prime due e solamente 2 per l'ultima (0,93% e 0,47%,

rispettivamente). Le regioni hanno contribuito in misura nulla sono la Regione Marche e la Sardegna con nessun progetto per entrambe.

Tabella 35 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)

Regione	Progetti Salute Mentale	Totale Progetti Inseriti	Percentuale sul totale dei progetti inseriti dalle Regioni	Percentuale sul totale dei progetti inseriti nell'area tematica Salute mentale
Lazio	67	120	55.83	15.58
Friuli Venezia Giulia	41	74	55.41	9.53
Sicilia	52	119	43.70	12.09
Umbria	32	84	38.10	7.44
Abruzzo	39	103	37.86	9.07
Veneto	65	245	26.53	15.12
Emilia-Romagna	103	399	25.81	23.95
Campania	12	75	16	2.79
Puglia	4	40	10	0.93
Lombardia	4	50	8	0.93
Toscana	2	28	7.14	0.47
Piemonte	9	129	6.98	2.09
Marche	0	25	0	0
Sardegna	0	33	0	0

In merito alle percentuali dei progetti inseriti relativi all'area tematica Salute Mentale sul totale dei progetti inseriti per singola regione, il Lazio (67 progetti) e il Friuli Venezia Giulia (41 progetti) si affermano come le regioni il cui contributo progettuale è maggiormente contraddistinto dalla presenza di progetti relativi all'area tematica in oggetto con il 55,83% e il 55,41%, rispettivamente. Di seguito, la Sicilia (52 progetti), l'Umbria (32 progetti) e l'Abruzzo (39 progetti) con il 43,70%, 38,10% e il 37,86%, rispettivamente. Degno di nota è il dato relativo all'Emilia-Romagna: i 103 progetti afferenti all'area rappresentano poco più di un quarto (il 25,81%) del totale dei progetti inseriti in banca dati (399). In chiusura si segnalano le regioni Lombardia (4 progetti),

Toscana (2 progetti) e Piemonte (9 progetti) con il 8%, 7,14% e il 6,98% sul totale dei progetti inseriti, rispettivamente.

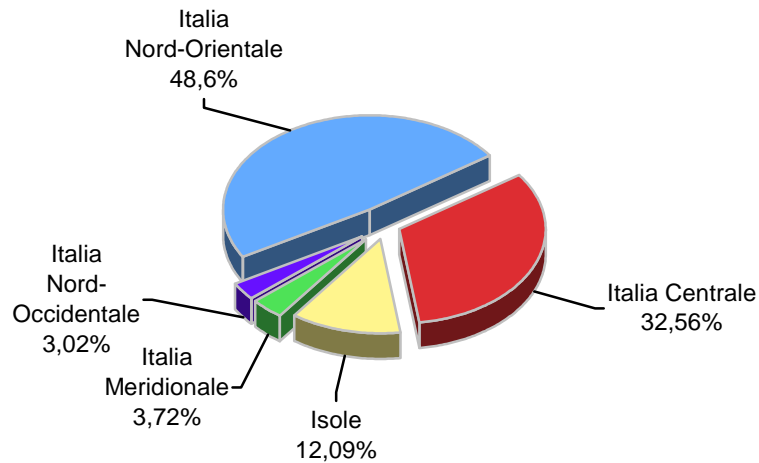
L'aggregazione per area geografica (*per la ripartizione delle regioni cfr. il paragrafo 5.2.1*) dei dati relativi all'apporto regionale di progetti concernenti l'area tematica Salute Mentale (Tabella 36), vede le regioni dell'area Nord-Orientale contribuire per quasi la metà del totale dei progetti (il 48,6%), seguite dalle regioni del Centro con il 32,56%, chiude la Regione Nord-Occidentale con il 3,02%.

Tabella 36 - Area tematica Salute Mentale-- Distribuzione dei progetti per area geografica (valori percentuali)

Area geografica	Percentuali aggregate
Nord-Orientale	48.6
Centro	32.56
Isole	12.09
Sud	3.72
Nord-Occidentale	3.02

Le differenti percentuali sono sicuramente dovute a una diversa composizione delle aree geografiche: le tre più "prolifiche" regioni (Veneto, Friuli Venezia Giulia e soprattutto Emilia-Romagna) si raggruppano nell'unica area del Nord-Est; non riescono a dare simile contributo, benché più numerose, le regioni dell'area centrale (Toscana, Umbria, Marche e Lazio). Si evidenzia, altresì, la percentuale aggregata dell'area geografica "isole" con il 12,09% del totale dei progetti inseriti rappresentativo solo di due regioni.

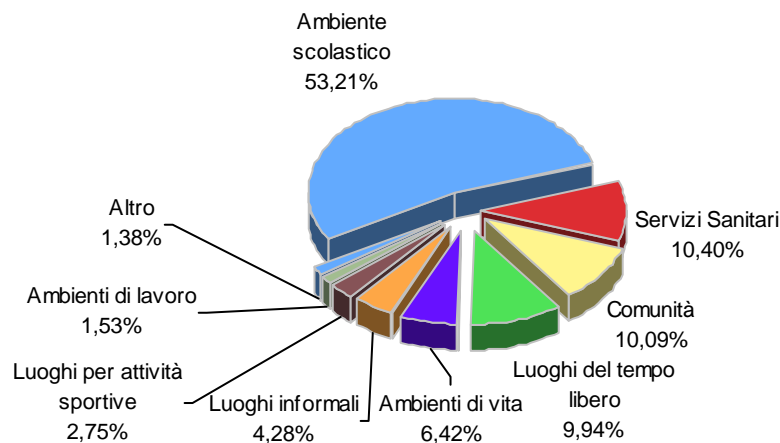
Grafico 69 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per area geografica (valori percentuali)



Distribuzione per setting

Il *setting* preferenziale di realizzazione dei progetti di Promozione ed Educazione alla Salute rivolti ad adolescenti che hanno riguardato tematiche relative alla Salute Mentale (348) è stato di gran lunga l’Ambiente scolastico con più della metà dei progetti (53,21%); in ragione del fatto che le istituzioni scolastiche rappresentano il luogo di intercettazione della fascia di età adolescenziale per eccellenza. Seguono i Servizi sanitari (10,4%), le Comunità (10,09%) con progetti in gran parte svolti presso istituzioni religiose e i luoghi del tempo libero (9,94%) con 68, 66 e 65 progetti, rispettivamente. Nell’insieme questi quattro *setting* rappresentano gran parte dei progetti effettuati nell’area Salute mentale con l’83,64% sul totale dei progetti.

Grafico 70 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti relativi per settingo (valori percentuali)



Lo stesso dato si rileva se disaggregato a livello regionale con l'eccezione, tra le regioni più rappresentative, dell'Emilia-Romagna dove l'Ambiente scolastico rappresenta poco più di un terzo (il 38,8%) con un'importante presenza degli Ambienti di vita (13,11%).

Tabella 37 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione e *setting* (valori percentuali)

Regione	Luoghi del tempo libero	Ambiente scolastico	Servizi Sanitari	Comunità	Ambienti di lavoro	Altro	Luoghi per attività sportive	Ambienti di vita	Luoghi informali
Abruzzo	0	69.64	14.29	5.36	0	1.79	0	5.36	3.57
Campania	4.76	52.38	19.05	4.76	4.76	4.76	0	4.76	4.76
Emilia-Romagna	10.93	38.8	12.02	15.85	0	0	2.19	13.11	7.1
Friuli Venezia Giulia	26.32	50.88	0	5.26	0	0	8.77	1.75	7.02
Lazio	7.23	75.9	6.02	3.61	0	0	2.41	1.20	3.61
Lombardia	0	75	0	0	0	0	0	25	0
Piemonte	8.33	66.67	25	0	0	0	0	0	0
Puglia	0	0	25	25	12.50	0	0	37.50	0
Sicilia	11.29	69.35	9.68	1.61	3.23	0	1.61	0	3.23
Toscana	25	25	0	50	0	0	0	0	0
Umbria	4.17	58.33	4.17	12.5	2.08	4.17	2.08	10.42	2.08
Veneto	10.34	44.83	13.79	13.79	4.31	4.31	4.31	2.59	1.72

Molti progetti si sono svolti in differenti *setting*, la frequenza di realizzazione per ciascun *setting* ha visto ancora una volta l'Ambiente scolastico come il contesto centrale attorno al quale ha ruotato la realizzazione dei progetti dell'area Salute mentale con l'80,93% del totale, seguito sempre dai Servizi sanitari (15,81%), le Comunità (15,35%) e i Luoghi del tempo libero (15,12%).

Tabella 38 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per *setting* e frequenza di realizzazione di progetti in un dato *setting* (valori percentuali)

Setting	Numero di progetti inseriti	%	% di progetti per <i>setting</i>
Ambiente scolastico	348	53.21	80.93
Servizi Sanitari	68	10.4	15.81
Comunità	66	10.09	15.35
Luoghi del tempo libero	65	9.94	15.12
Ambienti di vita	42	6.42	9.77
Luoghi informali	28	4.28	6.51
Luoghi per attività sportive	18	2.75	4.19
Ambienti di lavoro	10	1.53	2.33
Altro	9	1.38	2.09

I dati appena esposti sono confermati anche a scala regionale con l'unica eccezione per i progetti effettuati in Regione Toscana e in Regione Puglia, dove i *setting* preferenziali di svolgimento sono rispettivamente le Comunità (la totalità dei progetti) e gli Ambienti di vita (il 75%). Da rilevare, comunque, l'esiguità dei progetti svolti in queste due regioni, 2 e 4, rispettivamente, che condiziona pesantemente la leggibilità del dato.

Tabella 39 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione e per *setting* (valori percentuali)

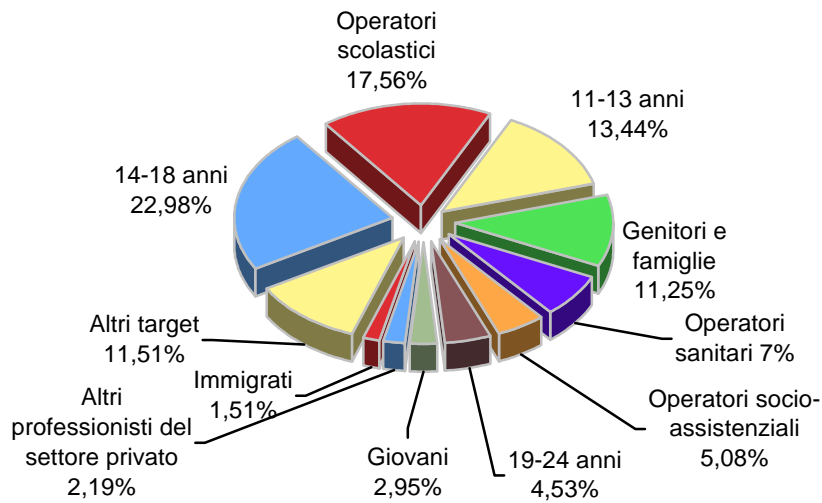
Regione	Luoghi del tempo libero	Ambiente scolastico	Servizi Sanitari	Comunità	Ambienti di lavoro	Altro	Luoghi per attività sportive	Ambienti di vita	Luoghi informali
Abruzzo	0	100	20.51	7.69	0	2.56	0	7.69	5.13
Campania	8.33	91.67	33.33	8.33	8.33	8.33	0	8.33	8.33
Emilia-Romagna	19.42	68.93	21.36	28.16	0	0	3.88	23.30	12.62
Friuli Venezia Giulia	36.59	70.73	0	7.32	0	0	12.20	2.44	9.76
Lazio	8.96	94.03	7.46	4.48	0	0	2.99	1.49	4.48

Regione	Luoghi del tempo libero	Ambiente scolastico	Servizi Sanitari	Comunità	Ambienti di lavoro	Altro	Luoghi per attività sportive	Ambienti di vita	Luoghi informali
Lombardia	0	75	0	0	0	0	0	25	0
Piemonte	11.11	88.89	33.33	0	0	0	0	0	0
Puglia	0	0	50	50	25	0	0	75	0
Sicilia	13.46	82.69	11.54	1.92	3.85	0	1.92	0	3.85
Toscana	50	50	0	100	0	0	0	0	0
Umbria	6.25	87.50	6.25	18.75	3.13	6.25	3.13	15.63	3.13
Veneto	18.46	80	24.62	24.62	7.69	7.69	7.69	4.62	3.08

Distribuzione per target

L'analisi della distribuzione per target dei progetti appartenenti all'area tematica Salute mentale conferma la centralità della scuola quale elemento principale nella realizzazione di progetti di Promozione ed Educazione alla Salute rivolti all'adolescenza. I target preferenziali a cui sono rivolti i progetti conseguentemente sono collegati al mondo scolastico e le maggiori percentuali (quasi i due terzi, il 65,23%, in dato aggregato sul totale dei target) si riscontrano infatti per i target relativi ai ragazzi 14-18 anni; agli Operatori scolastici; ai ragazzi 11-13 anni e ai Genitori e famiglie con il 22,98%; il 17,56%; il 13,44% e il 11,25%, rispettivamente.

Grafico 71 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per target (valori percentuali)



Come accennato all'interno dell'analisi della distribuzione per *setting*, anche all'interno dell'analisi della distribuzione per target si riscontra che la gran parte dei progetti sono stati contemporaneamente rivolti a destinatari differenti. La frequenza di realizzazione per ciascun target ha visto ancora una volta l'Ambiente scolastico come il contesto preferenziale di realizzazione dei progetti dell'area Salute mentale con elevate frequenze di destinatari di riferimento ad esso ascritti e la riconferma dei dati relativi ai target maggiormente coinvolti in precedenza accennati: Ragazzi 14-18 anni (77,91%); Operatori scolastici (59,53%); Ragazzi 11-13 anni (45,58%) e Genitori e famiglie (38,14%).

Tabella 40 – Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per target (valori percentuali)

Target	% sul totale dei progetti	% sul totale dei target
14-18 anni	77.91	22.98
Operatori scolastici	59.53	17.56
11-13 anni	45.58	13.44
Genitori e famiglie	38.14	11.25
Operatori sanitari	23.72	7
Operatori socio-assistenziali	17.21	5.08
19-24 anni	15.35	4.53

Target	% sul totale dei progetti	% sul totale dei target
Giovani	10	2.95
Altri professionisti del settore privato	7.44	2.19
Immigrati	5.12	1.51
Diversamente abili	4.88	1.44
Popolazione generale	4.88	1.44
Amministratori e politici	4.88	1.44
Adulti	4.65	1.37
Altri professionisti del settore pubblico	4.65	1.37
Volontari	4.42	1.30
Altro	3.02	0.89
Fasce deboli	2.56	0.75
Portatori di patologie	2.33	0.69
Genere	1.40	0.41
Anziani	0.93	0.27
Lavoratori	0.47	0.14

Pressoché tutti i target previsti dal modulo di ingresso dati sono stati oggetto di riferimento di almeno un progetto. A testimonianza di un sempre più spiccato approccio sistemico di relazione e contesto alle problematiche legate alla Promozione ed Educazione alla Salute rivolte all'adolescenza.

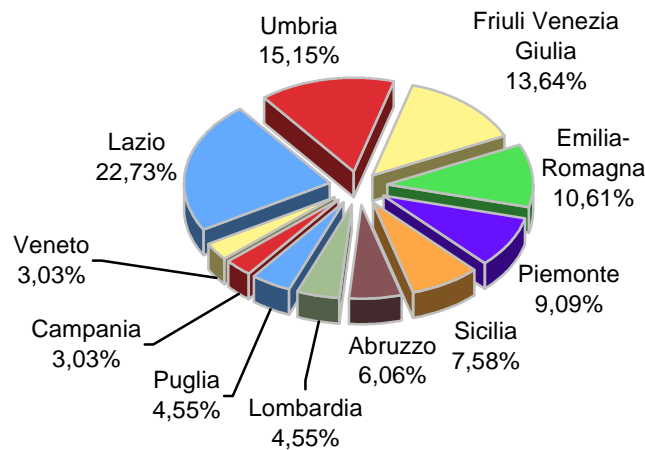
Distribuzione in base ai criteri individuati per la prima selezione (9 giugno 2008)

La selezione dei progetti relativi all'area Salute Mentale effettuata con riferimento alle cosiddette "buone pratiche", l'insieme cioè delle prassi progettuali che condividono criteri e forniscono standard ottimali di buona progettazione, implementazione e valutazione, ha evidenziato la presenza di 66 progetti (il 29,2% del totale dei progetti selezionati e il 15,35% del totale dei progetti afferenti alla stessa area tematica).

La distribuzione percentuale dei progetti selezionati per ciascuna regione sul totale dei progetti selezionati per l'area tematica vede quasi un quarto dei progetti svolti nella Regione Lazio (22,73%) a cui seguono i progetti svolti in Umbria, Friuli Venezia Giulia

ed Emilia-Romagna con il 15,15%, 13,64% e 10,61%, rispettivamente. Le regioni meno rappresentate sono invece la Lombardia, la Puglia con il 4,55% dei progetti selezionati e la Campania e il Veneto con il 3,03% per entrambe.

Grafico 72 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione (valori percentuali)



È opportuno rilevare che tra le regioni che hanno contribuito in misura maggiore alla raccolta dei progetti dell’area Salute Mentale solo il Lazio riesce a mantenere un apporto significativo anche tra i progetti selezionati con 15 progetti (il 51,72% dei progetti catalogati dalla stessa regione all’interno dell’area tematica).

Tabella 41 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti inseriti e selezionati

Regione	Progetti Salute Mentale Selezionati	Totale dei progetti Inseriti	% Progetti Selezionati / Totale progetti Inseriti
Friuli Venezia Giulia	9	12	75
Sicilia	5	7	71.43
Abruzzo	4	7	57.14
Lazio	15	29	51.72
Umbria	10	22	45.45
Emilia-Romagna	7	27	25.93
Campania	2	8	25
Lombardia	3	15	20
Puglia	3	22	13.64

Regione	Progetti Salute Mentale Selezionati	Totale dei progetti Inseriti	% Progetti Selezionati / Totale progetti Inseriti
Veneto	2	16	12.5
Piemonte	6	57	10.53
Sardegna	0	4	0
Totale	66	226	29.2

Un dato simile si riscontra solamente per la Regione Umbria con 10 progetti selezionati su 22 inseriti per l'area tematica di riferimento (il 45,45%). Benché le percentuali tra i progetti selezionati e quelli inseriti figurino in misura maggiore per le regioni Friuli Venezia Giulia (75%); Sicilia (71,43%) e Abruzzo (57,14%), l'esigua numerosità dei progetti selezionati per queste regioni non rende questi dati sufficientemente indicativi del reale apporto fornito all'insieme dei progetti selezionati. Da sottolineare i dati relativi alla Regione Piemonte e alla Sardegna, la prima contribuisce con solo 6 progetti selezionati su 57 totali (il 10,57%), la seconda fornisce un contributo nullo.

Grafico 73 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati e totale dei progetti inseriti per regione (valori assoluti)

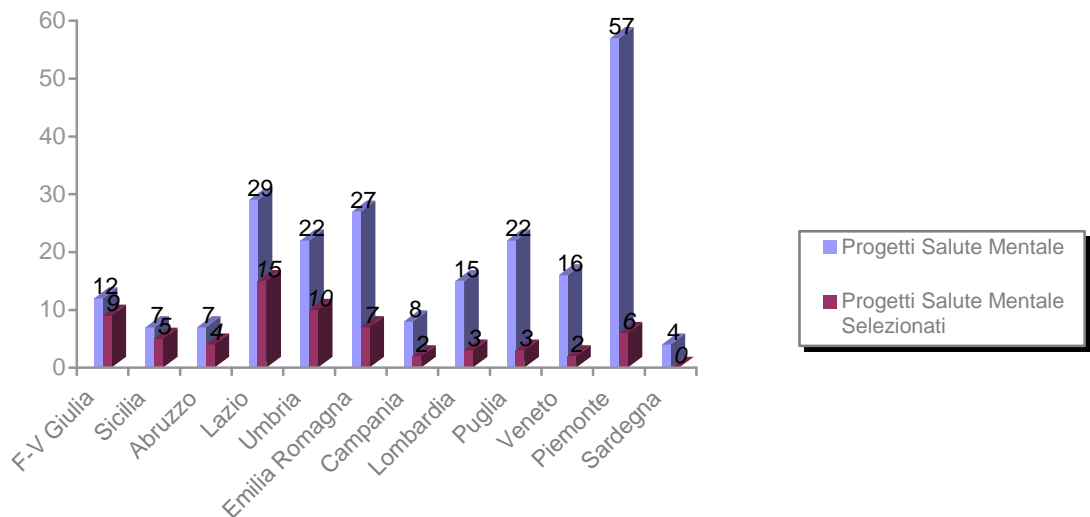


Tabella 42 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti selezionati (valori assoluti e percentuali)

Regione	Progetti Salute Mentale Selezionati	% (Progetti Selezionati per Regione / Totale progetti Selezionati)	% (Progetti Selezionati per Regione / Totale progetti Selezionati Salute Mentale)
Lazio	15	6.64	22.73
Umbria	10	4.42	15.15
Friuli Venezia Giulia	9	3.98	13.64
Emilia-Romagna	7	3.1	10.61
Piemonte	6	2.65	9.09
Sicilia	5	2.21	7.58
Abruzzo	4	1.77	6.06
Lombardia	3	1.33	4.55
Puglia	3	1.33	4.55
Campania	2	0.88	3.03
Veneto	2	0.88	3.03
Sardegna	0	0	0
Totale	66	29.2	100

Molti dei progetti selezionati (il 62,12%) riguardano l'area Salute Mentale in maniera esclusiva. Tra questi la totalità dei progetti selezionati svolti in Sicilia e gran parte dei progetti effettuati nelle regioni Emilia-Romagna (85,71%), Piemonte (83,33%), Lazio (80%) Abruzzo (75%) e Umbria (70%). Nullo è invece il contributo delle regioni Campania, Lombardia e Puglia.

Tabella 43 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti inseriti (valori assoluti)

Regione	Progetti Selezionati esclusivi Salute Mentale	Progetti Salute Mentale Selezionati	% Progetti Selezionati esclusivi Salute Mentale / Progetti Salute Mentale Selezionati
Sicilia	5	5	100
Emilia-Romagna	6	7	85.71
Piemonte	5	6	83.33
Lazio	12	15	80

Regione	Progetti Selezionati esclusivi Salute Mentale	Progetti Salute Mentale Selezionati	% Progetti Selezionati esclusivi Salute Mentale / Progetti Salute Mentale Selezionati
Abruzzo	3	4	75
Umbria	7	10	70
Veneto	1	2	50
Friuli Venezia Giulia	2	9	22.22
Campania	0	2	0
Lombardia	0	3	0
Puglia	0	3	0
Sardegna	0	0	0
Totale	41	66	62.12

5.2.5 INCIDENTI STRADALI

(A cura di Federica Barbieri, Rita Longo, Alessandra Mereu e Alessandra Sotgiu)

La Tabella 44 mostra la distribuzione dei progetti/interventi suddivisi per area tematica: nell'area degli incidenti stradali a luglio 2008 erano stati complessivamente raccolti 187 progetti (il 9,2% del totale dei progetti raccolti, 2.029).

Tabella 44 – Progetti/interventi inseriti nella banca dati Pro.Sa. suddivisi per area tematica

Area tematica	N° progetti
Dipendenze	605
Salute Mentale	436
Sessualità	313
Alimentazione	210
Incidenti Stradali	187
Non indicata	149
Attività Fisica	129

Tabella 45 – Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali suddivisi per regione

Regione	N°progetti /interventi Area Tematica Incidenti Stradali
Piemonte	36
Lombardia	10
Veneto	42
Friuli Venezia Giulia	6
Emilia Romagna	42
Toscana	4
Umbria	9
Marche	5
Lazio	4
Abruzzo	11
Campania	4
Puglia	2
Sicilia	9
Sardegna	3
Totale	187

La Tabella 45 mostra che le Regioni a cui appartiene il numero maggiore di progetti/interventi afferenti all'area incidenti stradali sono il Veneto e l'Emilia Romagna (entrambe 42 progetti), seguite subito dopo dal Piemonte (36) e, con un notevole distacco, Abruzzo (11), Lombardia (10), Umbria (9).

I progetti relativi all'area tematica "incidenti stradali" sono invece poco numerosi in Regioni quali Friuli (6), Marche (5), Toscana e Campania (entrambe 4 progetti), Sardegna (3), Puglia (2).

Questo tipo di quadro fa emergere una situazione a "macchia di leopardo", difficilmente commentabile. Sembra cioè possibile dire che questo tema viene affrontato soprattutto in alcune regioni settentrionali, e scarsamente trattato nelle regioni meridionali: ma nell'elenco delle Regioni "virtuose" compaiono anche Umbria e Abruzzo, e nell'elenco di quelle "non virtuose" rientra la Toscana.

Ricordiamo inoltre che stiamo analizzando i progetti raccolti, che potrebbero non essere esaustivi rispetto alle singole realtà locali.

Se infatti guardiamo nello specifico le singole ricognizioni regionali, concentrandoci sui territori dei 3 Centri impegnati in questa analisi tematica dei progetti, scopriamo che ad esempio in Piemonte la ricognizione è cominciata con un significativo ritardo rispetto alle altre Regioni: a marzo 2009, perciò, i progetti inerenti l'area tematica incidenti stradali sono diventati ben 49, superando così di gran lunga le regioni che a luglio 2008 avevano il maggior numero di progetti tematici (Veneto ed Emilia Romagna).

Tabella 46 – Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali suddivisi per *setting* di riferimento

Setting di riferimento	N° progetti / interventi Area Tematica Incidenti Stradali
Ambiente scolastico	132
Comunità	48
Luoghi del tempo libero	47
Luoghi informali	41
Servizi Sanitari	28
Ambienti di vita	11
Luoghi per attività sportive	9
Ambienti di lavoro	8

La Tabella 46 evidenzia che l'ambiente scolastico risulta essere di gran lunga il *setting* privilegiato di svolgimento dei progetti relativi all'area incidenti stradali, analogamente a quanto accade per i progetti afferenti alle altre aree tematiche.

Subito dopo, con grande distacco, seguono il *setting* comunità (48), luoghi del tempo libero (47) e i luoghi informali (41 interventi): aldilà della scuola, vengono cioè individuati i luoghi informali come contesto in cui svolgere gli interventi inerenti la prevenzione degli incidenti stradali.

Bassissimo il numero degli interventi effettuati nei luoghi deputati alle attività sportive quali ad esempio le palestre (9), e ciò rende perplessi perché proprio le palestre potrebbero essere un luogo di aggancio importante per i ragazzi. Basso anche il numero di interventi effettuati negli ambienti di lavoro (8) e anche questo lascia perplessi poiché si rischia di tagliar fuori i ragazzi che non vanno più a scuola.

Tabella 47 – Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali suddivisi per target di riferimento

Target di riferimento	N° progetti/interventi Area Tematica Incidenti Stradali
11 – 13 anni	67
14 – 18 anni	142
19 – 24 anni	49
Giovani	56
Adulti	27
Genitori e famiglie	43
Anziani	2
Operatori scolastici	78
Operatori sanitari	30
Operatori socio/assistenziali	20
Altri professionisti del settore pubblico	19
Altri professionisti del settore privato	34
Lavoratori	4
Immigrati	5
Volontari	11
Diversamente abili	3
Fasce deboli	1
Popolazione generale	28
Portatori di patologie	4
Amministratori e politici	11

Dai dati riportati nella Tabella 47 si rileva che il target raggiunto in misura maggiore dai progetti relativi alla prevenzione degli incidenti stradali appartiene alla fascia d'età compresa tra 14 e 18 anni (142 progetti/interventi); altra fascia di età discretamente raggiunta è quella compresa tra 11 e 13 anni (67 progetti/interventi) .

Ciò vuol dire che la maggior parte di progetti si rivolge ai ragazzi/e delle scuole medie superiori. Gli studi in letteratura, in effetti, confortano questo tipo di approccio in quanto

suggeriscono di collegare il lavoro educativo (finalizzato all'aumento della percezione del rischio) all'imminente conseguimento della patente.

Altra categoria di destinatari discretamente rappresentata è quella degli operatori scolastici (78 progetti/interventi), e anche questo è un dato interessante, che depone a favore dell'esistenza di progetti che prendono in considerazione non solo i destinatari finali ma anche quelli intermedi, ponendosi l'obiettivo dell'*empowerment* professionale degli insegnanti di cui viene riconosciuto il fondamentale ruolo educativo.

Tabella 48 – Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali che hanno superato la prima selezione (9 giugno 2008) suddivisi per regione geografica.

Regione	N° progetti / interventi Area Tematica Incidenti Stradali
Piemonte	7
Lombardia	8
Veneto	5
Friuli Venezia Giulia	-
Emilia Romagna	7
Toscana	1
Umbria	-
Marche	-
Lazio	-
Abruzzo	1
Campania	-
Puglia	1
Sicilia	-
Sardegna	-
Totale	30

La Tabella 48 riporta la distribuzione dei progetti relativi all'area tematica "Incidenti Stradali" suddivisi per regione, che hanno superato l'estrazione preliminare e la prima selezione. Come accade per i progetti afferenti alle altre aree tematiche, l'estrazione preliminare ha riguardato i progetti terminati o in fase di redazione di una relazione conclusiva con valutazione di processo e/o di risultato, mentre la prima selezione è

stata superata da progetti che rispondevano ai cinque criteri di buona progettazione seguenti:

- 1- presenza dell'analisi del comportamento dei destinatari livello locale;
- 2- esplicitazione di modelli teorici usati per la progettazione e per il cambiamento dei comportamenti;
- 3- trasferimento di esempi di buona pratica e/o prove di efficacia;
- 4- valutazione di processo prevista ed effettuata;
- 5- valutazione di risultato effettuata prevista ed effettuata.

Come si può osservare dei 187 progetti dell'area tematica analizzata, solo 30 soddisfano i criteri prefissati (il 10,7%), di cui la maggior parte in Piemonte e Lombardia: ciò contrasta in parte con il quadro relativo a tutti i progetti censiti (Tabella 44) che, invece, erano maggiormente presenti nelle regioni Veneto ed Emilia Romagna (entrambi 42 progetti su incidenti stradali), seguiti dal Piemonte (36 progetti); la Lombardia che possedeva 10 progetti, dopo la selezione si trova ad avere ben 8 progetti considerabili come "buone pratiche".

Ciò fa riflettere sull'importanza di procedere ad una analisi dei progetti dal punto di vista qualitativo, che consente di verificare effettivamente se ci si trova di fronte a un buon progetto, al di là della quantità censita.

6 CONCLUSIONI

(a cura di Fabio Candura, Sara Carbone, Daniela D'Angelo e Rita Longo)

6.1 *Le informazioni raccolte con la ricognizione (aspetti positivi e aspetti problematici)*

Una prima riflessione generale riguarda la portata delle informazioni raccolte con la ricognizione.

L'eterogeneità dei metodi di raccolta dei progetti, scelti in base alle condizioni esistenti in ciascuna realtà, non permette infatti (né ciò rientrava fra gli obiettivi del progetto) di affermare che sia stato raggiunto l'universo delle esperienze delle regioni coinvolte, è però ragionevole ritenere che sia stato censito un numero consistente delle esperienze riguardanti la Promozione e Educazione alla Salute rivolta agli adolescenti.

I dati raccolti danno quindi una visione, sicuramente parziale, ma abbastanza eloquente, del "movimento" in Italia attorno alle attività di promozione del benessere, sia in termini generali che specifici, analizzando target, *setting*, contenuti, per tutto il panorama progettuale rivolto al mondo dell'adolescenza, direttamente e contestualmente all'ambiente sociale e di vita dei giovani. Queste informazioni hanno quindi la doppia valenza di contribuire ad una visione sistemica della disciplina e dei relativi interventi attuativi e di comprendere meglio dinamiche virtuose per un ottimale utilizzo delle risorse.

Dalla ricognizione può essere delineata la seguente immagine di sintesi: in Italia per la salute degli adolescenti si fa molto, in modo disomogeneo rispetto alle diverse aree tematiche indagate, prevalentemente a scuola e con un livello di qualità migliorabile, anche se mediamente sufficiente; sono certamente individuabili realtà di eccellenza meritevoli di approfondimento per ricavarne buone pratiche da disseminare. Più nel dettaglio (*cfr.* ALLEGATO E):

- le aree di salute più trattate riguardano, in ordine decrescente, le Dipendenze, la Salute Mentale e le Infezioni Sessualmente Trasmesse;
- alcune aree tematiche vedono una distribuzione disomogenea fra le regioni: i progetti afferenti all'area Dipendenze si distribuiscono prevalentemente nell'Emilia Romagna (140) e Veneto (122), quelli sulla salute mentale sempre in Emilia

Romagna (110) e Sicilia (66); i progetti afferenti all'area IST sembrano invece distribuiti in maniera più omogenea tra le regioni;

- la maggior parte dei progetti finalizzati alla promozione della salute si rivolge ad un target di età compresa tra i 14 e i 18 anni;
- il setting più utilizzato per tutte le aree di salute indagate è, senza dubbio, la Scuola. Questo risultato è chiaramente correlato col dato relativo ai destinatari intermedi: sono gli operatori scolastici il medium elettivo per raggiungere il target finale. Poco esplorate le realtà extrascolastiche sia riferite al mondo del lavoro, che al tempo libero ed al contesto comunitario.

E' possibile poi individuare delle "aree di eccellenza", definite in base alla percentuale di casi che hanno superato la selezione rispetto a criteri di buona progettazione: nell'ordine sono le aree della Salute Mentale, degli Incidenti Stradali e delle Dipendenze a vedere la quota più consistente di progetti selezionati, a testimonianza di una forse più lunga e robusta consuetudine progettuale e di una raggiunta "maturità" delle competenze in queste aree.

Analogamente a quanto fatto per gli elementi positivi, possiamo provare a riflettere su alcuni nodi critici che emergono dalla ricognizione effettuata.

Intanto alcune aree tematiche importanti sono sotto-rappresentate: per esempio l'area Attività Fisica ha raccolto un numero non elevato di progetti (190 in tutto); se è vero che molti progetti afferenti all'area Alimentazione (es. prevenzione dell'obesità, del diabete, ecc.) spesso prevedono azioni di contrasto alla sedentarietà e quindi lavorano contemporaneamente sui due ambiti, pur essendo stati censiti con la sola "etichetta" Alimentazione, la ricognizione suggerisce chiaramente che l'attenzione per il tema della promozione dell'attività fisica nell'adolescenza è nel nostro paese ancora non soddisfacente.

Per quanto riguarda le caratteristiche dell'impianto progettuale, la cui analisi risulta funzionale all'individuazione di punti critici, migliorabili per esempio con l'elaborazione di proposte di formazione mirata per il personale scolastico e socio-sanitario, è elevato (dal 30 al 50 %) il numero di progetti non risultati idonei rispetto ai criteri concernenti impianto progettuale, implementazione e valutazione.

Qui di seguito, alcune tabelle relative al numero di progetti privi di alcuni elementi progettuali, tratte dalla ricognizione aggiornata al 30 giugno 2009.

Tabella 48 – Progetti suddivisi in base all’esplicitazione dei modelli teorici di riferimento

Modelli teorici	Totale
I modelli e/o gli autori di riferimento sono esplicitati chiaramente	679
I modelli e/o gli autori sono dichiarati in maniera non chiara o confusa	113
I modelli e/o gli autori di riferimento non sono dichiarati	561
Non compilata	30
Totale complessivo	1383

Tabella 49 – Progetti suddivisi in base all’indicazione del piano di valutazione dei risultati

Valutazione risultato	Totale
Prevista ed effettuata. Materiali disponibili in formato cartaceo o nella sezione Allegati	305
Prevista ed effettuata. I materiali non sono disponibili	674
Effettuata senza aver previsto un piano di valutazione in fase progettuale	25
Non effettuata	314
Non compilata	65
Totale complessivo	1383

Tabella 50 – Progetti suddivisi in base all’indicazione del piano di valutazione di processo

Valutazione processo	Totale
Prevista ed effettuata. Materiali disponibili in formato cartaceo o nella sezione Allegati	295
Prevista ed effettuata. I materiali non sono disponibili	588
Effettuata senza aver previsto un piano di valutazione in fase progettuale	42
Non effettuata	413
Non compilata	45
Totale complessivo	1383

Tabella 51 – Progetti suddivisi in base al riferimento a prove di efficacia e/o buone pratiche

Buone Pratiche e Prove Efficacia	Totale
SI	753
NO	453
Il progetto cita in maniera non chiara e confusa	144
Non compilata	33
Totale complessivo	1383

Sono state dunque individuate criticità nel sistema complessivo di valutazione dei progetti di educazione e promozione della salute, legate in parte al carattere peculiare di tali progetti (ad es. difficoltà nel valutare qualitativamente i cambiamenti nei comportamenti e negli atteggiamenti, ...), in parte agli scarsi materiali documentali disponibili (es. si può parlare di buone pratiche per quegli interventi visti nella loro totalità, o alcune esperienze possono essere considerate buone pratiche rispetto a un segmento? O ancora, i progetti definiti Buone Pratiche per la costruzione metodologica dell'impianto progettuale e di valutazione, possono essere slegati da una valutazione concomitante della modalità di affrontare/trattare i contenuti specifici?).

6.2 La realizzazione del progetto e il suo processo (aspetti positivi e aspetti problematici)

Se riflettiamo sulla realizzazione del Progetto "Guadagnare Salute negli Adolescenti" e il suo processo (oltre che sui risultati), tra gli aspetti positivi dell'indagine sono sicuramente da segnalare alcune metodologie adottate dalle regioni partecipanti per raccogliere i dati relativi a progetti ed interventi.

Ad esempio, nell'esperienza veneta il punto di forza individuabile è il corso di formazione che ha permesso il coinvolgimento di numerosi operatori socio-sanitari nella rilevazione ed immissione in Banca Dati dei progetti, garantendo la standardizzazione delle procedure; per la Toscana è invece da segnalare l'impegnativo lavoro di selezione dei progetti che ha preceduto l'immissione in Banca Dati e che ha consentito di sfruttare a pieno le molte opportunità della Banca Dati, come la scheda intervento. Il lavoro preliminare di scelta dei progetti è stato effettuato in condivisione con i responsabili dei progetti medesimi con lo scopo di eliminare quelli che non possedevano determinate caratteristiche (innovazione, continuità, riproducibilità, utilizzo di indicatori per la

valutazione.). La Toscana ha avuto modo di realizzare anche una analisi “ragionata”, introducendo anche indicatori ad hoc sia per il lavoro sui progetti toscani che sulle “dipendenze”.

La caratteristica importante del lavoro dei Centri è che ognuno ha avuto la possibilità di sperimentare in autonomia le modalità ritenute più consone e adatte, condividendo comunque con tutti gli altri, passo dopo passo, le proposte e le decisioni: ciò che ha prevalso era comunque l'obiettivo comune, al di là del "mezzo".

Tra le criticità riscontrate nella costituzione della rete di centri di documentazione e nella ricognizione, sembra opportuno segnalare quanto segue:

- in talune regioni, si è constatata l'assenza di Centri di documentazione, che sono invece indispensabili per il monitoraggio delle attività progettuali del territorio (*cfr. capitolo 3*), come dimostrato dall'esperienza del Progetto; laddove, in mancanza del Centro di Documentazione, sono state coinvolte le Agenzie Sanitarie, ciò si è rivelato vincente, in quanto tale istituzione ha garantito e assicurato un raccordo effettivo con l'ente Regione.
- per quanto riguarda la ricognizione, raccolta e catalogazione dei progetti, i vari Centri regionali hanno adottato diverse modalità di raccolta, le quali, se da una parte possono anche rappresentare un punto di forza del Progetto, dall'altra però hanno creato una certa disomogeneità rispetto ai "prodotti";
- infine, sono state riscontrate delle difficoltà per la classificazione di alcuni progetti: si segnalano, ad esempio i progetti finalizzati alla prevenzione degli infortuni nei luoghi di lavoro (catalogati tramite i descrittori e dunque come altra area tematica) oppure quelli su benessere e agio (inclusi tra i progetti Salute Mentale)

6.3 Prospettive per il futuro

L'indagine “Guadagnare Salute negli adolescenti” ha permesso di censire, documentare, valutare e mettere in rete una parte consistente dei progetti rivolti alla promozione della salute degli adolescenti in Italia. Il presente report vuole essere pertanto una forma di restituzione del lavoro svolto.

Questa esperienza ha rappresentato anche l'occasione affinché realtà istituzionali diverse, impegnate nell'area della promozione della salute, potessero confrontarsi e lavorare in insieme, nella prospettiva del miglioramento della qualità degli interventi.

Si è così formato un gruppo di lavoro nazionale, composto da professionalità eterogenee che operano prevalentemente all'interno dei centri di documentazione presenti nelle Aziende Sanitarie, presso le Agenzie Regionali di Sanità e alcune Università, nelle diverse realtà italiane.

Il gruppo si è rafforzato nel tempo, accogliendo anche nuovi partner ed oggi, al suo secondo anno di attività, si è costituito come network stabile, dando vita alla "**Rete dei Centri di documentazione per la promozione della salute**".

La ricchezza dell'esperienza realizzata ha così promosso la nascita di un nuovo progetto nel 2009, attualmente in fase di svolgimento, finanziato anch'esso dal CCM - Ministero della Salute, denominato "**Sviluppo e consolidamento della Rete dei centri di documentazione per la prevenzione e la promozione della salute**", che ha il seguente obiettivo:

- consolidare la rete dei Centri documentazione e la loro funzione di sostegno alle attività di prevenzione e di promozione della salute delle Regioni italiane, attraverso lo sviluppo di strumenti di lavoro comuni, che consentano di reperire, catalogare, disseminare progetti e documenti, e di selezionare buone pratiche.

Il progetto prevede inoltre lo sviluppo del sito dedicato e la realizzazione di pacchetti formativi, da considerarsi quali strumenti utili per favorire la diffusione di esperienze di "buona pratica" nel campo della promozione della salute, facilitare l'accesso alla documentazione scientifica, ai progetti e agli strumenti metodologici necessari per la valutazione, e infine offrire possibilità di formazione a tutti coloro che sono coinvolti in tale ambito (operatori, amministratori, cittadini competenti).

Senz'altro c'è la necessità di sviluppare e revisionare il sito, perché possa inglobare quanto già presente e porsi come riferimento a livello nazionale, e di pubblicizzare in modo più sistematico la Banca Dati creando le procedure che ne permettano l'aggiornamento in tempi rapidi in modo tale da offrire ai possibili destinatari il panorama attuale dei progetti; bisognerà inoltre prevedere anche un ampliamento dei destinatari e dei temi, in aggiunta a quelli originariamente proposto da "Guadagnare Salute", anche per valorizzare le risorse e le realtà locali (ad esempio il Centro di documentazione dell'ASL di Napoli ha una tradizione di lavoro e raccolta di progetti su ambiente e salute).

Attualmente la Rete dei Centri e i sottogruppi operativi costituitisi al suo interno stanno lavorando in maniera condivisa - ancora con il coordinamento di DoRS - alla elaborazione di una bozza di criteri di Buona Pratica specifici per ogni Area tematica: si tratta di indicazioni operative tratte dalla letteratura, specifiche per ciascuno dei temi individuati dal progetto, orientate al contenuto (che vanno ad integrarsi coi criteri di correttezza formale dell'impianto progettuale). L'idea è di sperimentare tali criteri tematici per leggere e valutare i progetti presenti in banca dati ed effettuare così una seconda selezione (sui progetti già selezionati il 09.06.08) al fine di individuare le Buone Pratiche e proporre la conoscenza a livello locale, regionale e nazionale in modo da favorirne la diffusione.

Questo lavoro contribuirà inoltre ad alimentare la riflessione in atto sulle criticità rispetto alla valutazione di efficacia degli interventi.

BIBLIOGRAFIA

a) Alcuni riferimenti su promozione della salute, buone pratiche, adolescenti

- P. Corbetta. *La ricerca sociale: metodologia e tecniche della ricerca sociale*. Il Mulino, 1999
- L. Leone, M. Prezza. *Costruire e valutare progetti nel sociale*. Franco Angeli, 2003.
- Zani, B. & Cicognani E. (2000). *Psicologia della salute*. Il Mulino, Bologna.
- Green, L.W., Kreuter, M.W. (1999). *Health promotion planning: an educational and ecological approach*. Mountain View, Mayfield Publishing.
- Bonino, S. (2005). *Il fascino del rischio negli adolescenti*. Giunti editore.
- Bonino, S., Cattelino, E., Ciairano, S. (2007). *Adolescenti e rischio. Comportamenti, funzioni e fattori di protezione*. Firenze: Giunti.
- Jessor, R. (1998). *New Perspectives on Adolescent Risk Behavior*. Cambridge University Press, New York.
- Dolto, F. (2005). *Adolescenza*. Mondadori editore.
- Palmonari, A. (2001). *Gli adolescenti*. Il Mulino, Bologna.
- Caprara, G.V., Fonzi, A. (2000). *L'età sospesa. Itinerari del viaggio adolescenziale*. Giunti editore.
- Lutte, G. (1997). *Psicologia degli adolescenti e dei giovani*. Il Mulino.
- Milio, N. (1986). *Promoting health through public policy*. Canadian Public Health Association, Ottawa.
- Kahan, Goodstadt. *Best Practice in Health Promotion. The Interactive Domain Model (IDM)*. Reperibile al seguente indirizzo web: www.bestpractices-healthpromotion.com
- Fuligni, C., Romito, P. (2002). *Il counseling per adolescenti. Prevenzione, intervento, valutazione*. McGraw-Hill Companies
- Cavallo, F. et al. (2006). *Stili di vita e salute dei giovani italiani tra 11 - 15 anni. Il rapporto sui dati italiani dello studio internazionale HBSC*. Scaricabile al seguente indirizzo web: http://www.hbsc.unito.it/hbsc/files/stilidivita1_file%20stampa.pdf
- Ferrer-Wreder, L., Stattin, H., Cass Lorente, C., Tubman, J.G., Adamson, L. (2004). *Successful prevention and youth development programs. Across borders*. Kluwer Academic/Plenum Publishers, New York.
- Documento dell'OMS "Life skills education per bambini e adolescenti nelle scuole". OMS - Divisione di salute mentale - Ginevra, 1994.

b) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti e comportamento sessuale:

- Kirby, D. *School-based interventions to prevent unprotected sex and HIV among adolescents*. Ch. 4. In: Peterson, J.C. and Di Clemente, R.J. (eds). *Handbook of HIV prevention*. Kluwer Academic/Plenum Publisher, New York, 2000: 83-101.
- Kirby, D. *Effective approaches to reducing adolescent unprotected sex, pregnancy, and childbearing*. *J. Sex Res* 39(2002): 51-57.
- *School-based programs to reduce sexual risk behaviors: a review of effectiveness (Structured abstract)*. Database of Abstracts of Reviews of Effects. Issue 2, 2008 NHS Centre for Reviews and Dissemination. University of York, York, U.K.
- Fisher, J. D. & Fisher, W. A (1996). *The information.Motivation-Behavioral Skills Model of AIDS risk behaviour change: Empirical support and application*, in Oskamp e Thompson (1996).
- Bandura, A. (1992). *A social cognitive approach to the exercise of control over AIDS infection*. In: DiClemente, R. (Ed.), *Adolescents and AIDS: A generation in jeopardy*. Sage, Beverly Hills, 89-116.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (Eds.). (1980). *Understanding attitudes and predicting social behaviour*. Prentice-Hall, New Jersey
- CDC (Centers for Disease Control and Prevention) di Atlanta. *Compendio sugli interventi efficaci di prevenzione dell'HIV*. 1999. Scaricabile al seguente indirizzo: (http://www.cdc.gov/hiv/resources/reports/hiv_compendium/index.htm).

c) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti e salute mentale:

- Lee, S. (2002). The stigma of schizophrenia: a transcultural problem. "Current Opinion in Psychiatry", 15: 37-41.
- EPPI-CENTRE. Barriers to, and Facilitators of, the Health of Young People: A systematic review of evidence on young people's view and on interventions in mental health, physical activity and healthy eating, report, October 2002.
- Arieti, S. (1979). *Creatività: la sintesi magica*. Il Pensiero Scientifico, Roma.
- Banisconi, M. (1988). *Psicologia sociale e pregiudizi: teoria e ricerca*. Bulzoni editore, Roma.
- Basaglia, F., Onagro, F. (1971). *La maggioranza deviante*. Einaudi, Torino.
- Barman, Z. (1999). *La società dell'incertezza*. Il Mulino, Bologna.
- Becker, H.S. (1963). *Outsiders*, trad. italiana (1987) del Gruppo Abele, Torino.
- Bhugra, D. (1989). Attitude towards mental illness: a review of the literature. "Acta Psychiatry Scand", 80, p. 1 – 12.

- Colasanti, G. (1994). *Il pregiudizio*. Franco Angeli, Milano.
- Goffman, E. (1970). *Stigma : L'identità negata*, Laterza, Bari.
- Levi-Strauss, C. (1985). *Lo sguardo da lontano*, Einaudi, Torino.
- Szasz, T. (1974). *Il mito della malattia mentale*. Il saggiatore, Milano.
- Gaddini, A., Morosini, P.L. *Promozione della salute mentale*. Rapporto ISTISAN gennaio 2008 - scaricabile all'indirizzo <http://www.iss.it/binary/publ/cont/081.pdf>
- Caprara, G.V., Delle Fratte, A., Steca, P. *Psicologia clinica dello sviluppo*. Determinanti personali del benessere nell'adolescenza: indicatori e predittori. 2(2002): 203-23
- Tramontano, C., Alessandri, G., Lungo Kanacri, P., Caprara, G.V. *La fiducia negli altri, il pensiero positivo e la qualità delle amicizie: il ruolo delle convinzioni di autoefficacia*. Comunicazione presentata all'international congress Psicologia e comunione, maggio 2008, Roma - scaricabile all'indirizzo <http://www.psy-com.org/files/Paula%20Luengo.pdf>
- Bandura, A. *Self-efficacy in changing societies*. Traduzione italiana: *Il senso di autoefficacia*. Trento: Erickson, 1996
- Becciu M, Colasanti AR. *La promozione delle capacità personali: teoria e prassi*. Franco Angeli, Milano, 2004
- Progetto "Messa a punto di un intervento di promozione della salute mentale nelle scuole, con particolare attenzione alla prevenzione primaria della depressione" - Ministero della Salute - CCM - Istituto Superiore di Sanità. Scaricabile all'indirizzo web http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17_pagineAree_488_listaFile_itemName_1_file.pdf
- Studio nazionale SMASH-02 SWISS MULTICENTER ADOLESCENT SURVEY ON HEALTH (Salute e stili di vita degli adolescenti dai 16 ai 20 anni), Svizzera, 2002. Scaricabile dal sito: www.umsa.ch
- Louise Rowling (2002). *Mindmatters - un programma australiano per la promozione e la prevenzione della salute mentale*. In: Toniolo, E., Grossi, A. (2006). *Oltre lo stigma. Strategie di prevenzione in psichiatria*. Centro Scientifico editore.
- Jane-Llopis E, Mittelmark MB (Ed). *No health without mental health*. Promotion & Education, 2005 (2)
- Greenberg MT, Domitrovich S, Bumbarger, B. *The prevention of mental disorders in school-aged children: current state of field*. *Prevention and Treatment*, 2001; 4:3-21

d) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti, alimentazione, attività fisica

- Thomas, J. et al. (2003). Children and Healthy Eating: A systematic review of barriers and facilitators. London: EPPI-Centre, Social Science Research Unit, Institute of Education, University of London. Scaricabile dal sito <http://eppi.ioe.ac.uk/>
- Helen Thomas, RN. et al. - Effective Public Health Practice Project (EPHPP) Health Canada. Effectiveness of Physical Activity Enhancement and Obesity Prevention Programs in Children and Youth - May 2004 - Scaricabile dal sito dell' EPPI Centre (Evidence for Policy and Practice Information and Co-ordinating Centre) di Londra <http://eppi.ioe.ac.uk/>
- Ticca M., Aureli P., Branca F. et al. (2003). Linee guida per una sana alimentazione italiana. Reperibile in versione integrale al seguente indirizzo web: http://www.inran.it/servizi_cittadino/stare_bene/guida_corretta_alimentazione/Linee%20Guida.pdf
- Ministero della Salute POGAS - Politiche Giovanili e Attività Sportive. Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare. Roma, 2008. Lo schema del Progetto del Ministero della Salute POGAS presentato al Convegno è reperibile al seguente indirizzo web: http://www.ministerosalute.it/imgs/C_17/pubblicazioni_767_allegato.pdf
- Mulvihill C., Quigley R. Prevenzione e trattamento di obesità e sovrappeso in *bambini, adolescenti e adulti. Analisi di review su alimentazione, attività fisica e approcci comportamentali. Briefing sulle prove*. Londra, NHS NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence), 2003. *La versione tradotta in italiano (a cura di Elena Barbera, DoRS, Regione Piemonte) è scaricabile al seguente indirizzo web :* http://www.dors.it/alle/0200/2003obesovrap_tradita.pdf
- Linee guida del NICE (National Institute for Health and Clinical Excellence) "Obesity: guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children", 2006. Scaricabile al seguente indirizzo web: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/CG43NICEGuideline.pdf>
- Cavill, N., Kahlmeier, S., Racioppi, F. Physical activity and health in Europe: evidence for action. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 2006. Reperibile al seguente indirizzo web: <http://www.euro.who.int/document/e89490.pdf>
- Ogilvie, D., Foster, CE., Rothnie, H et al. Interventions to promote walking: systematic review. BMJ 2007; 334:1-10. Review. Reperibile al seguente indirizzo web: <http://www.bmj.com/cgi/reprint/334/7605/1204>

e) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti e incidenti stradali

- Elder, RW., Shults, RA., Sleet, DA. *et al.* Effectiveness of mass media campaigns for reducing drinking and driving and alcohol-involved crashes. *American Journal of Preventive Medicine*. 2004; 27 (1): 57-65
- Holder, HD. *et al.* Effect of community-based interventions on high-risk drinking and alcohol-related injuries. *JAMA* 2000; 284: 2341-7
- Ditter, SM., Elder, RW., Shults, RA. *et al.* Effectiveness of designated driver programs for reducing alcohol-impaired driving. *American journal of preventive medicine* 2005; 28 (5s): 280-7
- Tobler, N.S., Roona, M.R., Ochshorn, P. *et al.* (2000). School-based adolescent drug prevention programs: 1998 meta-analysis. *Journal of Primary Prevention*. 20(4): 275–336.
- Botvin, G.J. (2000). Preventing drug abuse in schools: social and competence enhancement approaches targeting individual levels etiological factors. *Addictive Behaviours*. 25: 887-897.
- Linee di indirizzo dell'Istituto Superiore di Sanità relativo alla promozione degli interventi formativi nelle autoscuole per la prevenzione degli incidenti stradali: Rapporti ISTISAN 04/22 parte 1 e parte 2
- ROSE 25 (Progetto finanziato dalla Commissione Europea - Direzione Generale per l'Energia e i Trasporti (2003 - 2005) allo scopo di raccogliere e individuare interventi di "Buona Pratica" inerenti l'educazione alla sicurezza stradale realizzati nei 25 Paesi della Comunità Europea)
- Taggi F. Dosi, G (a cura di), dicembre 2004. Guida e comportamenti a rischio: risultati generali dell'indagine AMR 2003 (Approccio Multi Rischio). Il Rapporto, Istituto Superiore di Sanità. Scaricabile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/focus/stradale/Incidenti2003.pdf>

f) Alcuni riferimenti bibliografici su adolescenti e dipendenze

- Faggiano F, Vigna-Taglianti F, Versino E, Zambon A, Borraccino A, Lemma P. School-based prevention for illicit drugs' use. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2005; Issue 2. Art. No.: CD003020. DOI: 10.1002/14651858.CD003020.pub2
- Foxcroft D, Ireland D, Lowe G, Breen R. Primary prevention for alcohol misuse in young people. *Cochrane Database of Systematic Reviews*. 2002; Issue 3. Art. No.: CD003024. DOI: 10.1002/14651858.CD003024

- Gates S, McCambridge J, Smith LA, Foxcroft D. Interventions for prevention of drug use by young people delivered in non-school settings. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; Issue 1. Art. No.: CD005030. DOI: 10.1002/14651858.CD005030.pub2
- Sowden AJ, Stead LF. Community interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2003; Issue 1. Art. No.: CD001291. DOI: 10.1002/14651858.CD001291
- Thomas RE, Baker PRA, Lorenzetti D. Family-based programmes for preventing smoking by children and adolescents. Cochrane Database of Systematic Reviews 2007, Issue 1. Art. No.: CD004493. DOI: 0.1002/14651858.CD004493.pub2
- Sowden AJ. Mass media interventions for preventing smoking in young people. Cochrane Database of Systematic Reviews. 1998; Issue 4. Art. No.: CD001006. DOI: 10.1002/14651858.CD001006
- Thomas RE, Perera R. School-based programmes for preventing smoking. Cochrane Database of Systematic Reviews. 2006; Issue 3. Art. No.: CD001293. DOI: 10.1002/14651858.CD001293.pub2
- Linee guida "Interventions in schools to prevent and reduce alcohol use among children and young people" (novembre 2007), scaricabile al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH007Guidance.pdf>
- Linee guida "Community-based interventions to reduce substance misuse among vulnerable and disadvantaged children and young people" (marzo 2007). Scaricabile al seguente indirizzo: <http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PHI004guidance.pdf>
- Andrews JA. et al. Parental influence on early adolescent substance abuse. Journal of early adolescence. 1993; 13: 285-310.
- Orlandini D, De Pieri M, Scacchi L. (2003). Il Glossario della prevenzione delle dipendenze. Pubblicazione della Regione Veneto (Assessorato alle Politiche Sociali, Volontariato e No Profit) realizzata all'interno del Progetto itinerari 2000. Scaricabile al seguente indirizzo web: <http://www.dors.it/dl.php?idall=3452>

GLOSSARIO

Per una definizione dei termini presenti all'interno del report si fa riferimento a:

- Glossario della Promozione della Salute dell'OMS (1998), la cui traduzione italiana è stata curata nel 2000 dalla rete Emiliano-Romagnola HPH degli Ospedali-che-promuovono-la-salute
- Aggiornamento del glossario OMS della Promozione della salute, del 2006, la cui traduzione italiana è stata curata da DoRS

Entrambi i documenti sono scaricabili dal sito di DoRS, ai seguenti indirizzi:

<http://www.dors.it/dl.php?idall=842>

<http://www.dors.it/alleg/0204/Glossario%20OMS%20ita.pdf>

In questo paragrafo sono invece stati inseriti alcuni termini e concetti non rintracciabili nel glossario OMS e nell'aggiornamento del 2006, scelti in base alla loro rilevanza rispetto al processo della ricognizione e ai temi affrontati. La loro selezione e definizione è stata curata dai documentalisti della rete dei Centri e da DoRS, sulla base dell'appartenenza ai gruppi interregionali tematici e delle proprie competenze/interessi.

GLOSSARIO del report

<p>Valutazione formativa o di processo Fonte: L. Leone, M. Prezza (2003).</p>	<p>La valutazione formativa o di processo cerca di individuare gli elementi di un progetto che lo rendono più o meno efficace nel raggiungere i suoi obiettivi; l'enfasi è sul processo piuttosto che sul risultato.</p>
<p>Valutazione sommativa o di risultato Fonte: L. Leone, M. Prezza (2003).</p>	<p>La valutazione sommativa o di risultato ha lo scopo di giungere ad un bilancio riassuntivo dell'efficienza di un progetto nel raggiungere i suoi obiettivi.</p>
<p>Buona Pratica Fonte: Goodstadt e Kahan (2001)</p>	<p>"Quegli insiemi di processi e attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da poter raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione"</p>

Salute mentale

Fonte: dizionario Merriam-Webster

La salute mentale è «uno stato di benessere emotivo e psicologico nel quale l'individuo è in grado di sfruttare le sue capacità cognitive o emozionali, esercitare la propria funzione all'interno della società e rispondere alle esigenze quotidiane della vita di ogni giorno».

Alcune delle abilità caratteristiche della condizione di salute mentale sono:

- Stabilire relazioni soddisfacenti e mature con gli altri
- Partecipare costruttivamente ai mutamenti dell'ambiente
- Sviluppare la propria personalità investendo le proprie pulsioni istintuali nelle relazioni sociali
- Risolvere i propri conflitti in modo equilibrato
- Adattarsi alle condizioni esterne e ai conflitti interni
- Avere una buona immagine di sé
- Provare emozioni

Prove di efficacia

Documenti forniti dalla letteratura scientifica che provano l'efficacia di specifiche modalità di intervento

Modelli teorici di cambiamento

Secondo la definizione di Waisbord (2001), **una teoria** è un "insieme di concetti e preposizioni che articolano le relazioni tra variabili, al fine di spiegare e predire situazioni e risultati. Le teorie spiegano la natura e le cause di un dato problema e forniscono le linee guida per gli interventi pratici".

I Modelli teorici di cambiamento:

- sono quelle teorie psicologiche che tentano di spiegare il cambiamento individuale (comportamentale, organizzativo, professionale, ecc.).
- si focalizzano principalmente sul rapporto cognizione-contesto (teorie cognitive e

comportamentali) e sul rapporto contesto - comportamento (teorie ambientali)

- rappresentano un utile strumento se applicate a quegli interventi che puntano al cambiamento individuale dei comportamenti di salute e relative credenze/atteggiamenti...

Target intermedio e finale

All'interno di un progetto/intervento preventivo-educativo il gruppo target dei "destinatari finali" è rappresentato da coloro che si intende raggiungere prioritariamente con l'intervento stesso, e per i quali sono stati definiti gli obiettivi di risultato (es. progetto in ambito scolastico: gli alunni).

Con l'espressione "target intermedio" si intendono gli attori coinvolti per i quali si prevedono delle azioni, al fine di raggiungere i destinatari finali (es. progetto in ambito scolastico: gli insegnanti e i genitori).

Life skills

Fonte: WHO (Divisione della salute mentale), 1994

"I *life skills* sono abilità/capacità che ci permettono di acquisire un comportamento versatile e positivo, grazie al quale possiamo affrontare efficacemente le richieste e le sfide della vita quotidiana".

E' stato individuato un gruppo fondamentale di *skills* su cui l'OMS raccomanda la progettazione e realizzazione di interventi per promuovere la salute e il benessere di bambini e adolescenti:

- *decision making* (capacità di prendere decisioni)
- *problem solving* (capacità di risolvere i problemi)
- creatività
- senso critico
- comunicazione efficace
- abilità nelle relazioni interpersonali
- autoscienza
- empatia
- gestione delle emozioni
- gestione dello stress

ELENCO DELLE TABELLE E DEI GRAFICI PRESENTI NEL REPORT

TABELLE

- Tabella 1 - Centri aderenti alla ricognizione e riferimenti istituzionali suddivisi per regione
- Tabella 2 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia qualificati per la terza fase di analisi
- Tabella 3 - Progetti e interventi completi svolti nel Lazio
- Tabella 4 - Progetti e interventi completi svolti in Lombardia
- Tabella 5 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per area tematica
- Tabella 6 - Valori statistici del punteggio per le principali aggregazioni di progetti svolti in Toscana
- Tabella 7 - Progetti inseriti suddivisi per regione
- Tabella 8 - Progetti presenti in banca dati suddivisi per regione e area tematica
- Tabella 9 - Progetti presenti in banca dati suddivisi per area tematica e target
- Tabella 10 - Progetti presenti in banca dati suddivisi per area tematica e *setting*
- Tabella 11 - Progetti selezionati
- Tabella 12 - Gruppi di lavoro tematici interregionali
- Tabella 13 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)
- Tabella 14 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)
- Tabella 15 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)
- Tabella 16 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per ripartizione geografica (valori assoluti e percentuali)
- Tabella 17 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per *setting* (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto in un dato *setting* e percentuali)
- Tabella 18 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per *setting* (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto in un dato *setting* e percentuali)
- Tabella 19 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per *setting* (valori assoluti)
- Tabella 20 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per target (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto per *setting* e percentuali)
- Tabella 21 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per target (valori assoluti, frequenza di realizzazione del progetto per *setting* e percentuali)

- Tabella 22 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per target (valori assoluti)
- Tabella 23 - Area tematica Alimentazione Distribuzione dei progetti selezionati per regione (valori assoluti, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti di area tematica, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti per regione di area tematica; valori percentuali)
- Tabella 24 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti selezionati per regione (valori assoluti, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti di area tematica, proporzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti per regione di area tematica; valori percentuali)
- Tabella 25 - Aree tematiche Alimentazione, Attività Fisica e entrambe contemporaneamente - Distribuzione dei progetti selezionati “effettivi” per regione
- Tabella 26 - Progetti suddivisi per area tematica
- Tabella 27 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per regione di riferimento
- Tabella 28 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per *setting* di riferimento
- Tabella 29 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per target di riferimento
- Tabella 30 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per regione rispetto al numero di progetti che hanno superato i criteri di buona selezione
- Tabella 31 - Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per regione e media dei soggetti partecipanti
- Tabella 32 - Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per metodo utilizzato e per zona geografica
- Tabella 33 - Area tematica Dipendenze - Progetti con tre elementi di buona progettazione (valori percentuali)
- Tabella 34 - Area tematica Dipendenze - Indicatore pesato dei progetti per zona geografica
- Tabella 35 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione (valori assoluti e percentuali)
- Tabella 36 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per area geografica (valori percentuali)
- Tabella 37 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione e *setting* (valori percentuali)
- Tabella 38 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per *setting* e frequenza di realizzazione di progetti in un dato *setting* (valori percentuali)
- Tabella 39 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per regione e *setting* (valori percentuali)
- Tabella 40 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per target (valori percentuali)

- Tabella 41 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti inseriti e selezionati
- Tabella 42 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti selezionati (valori assoluti e percentuali)
- Tabella 43 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione sul totale dei progetti inseriti (valori assoluti)
- Tabella 44 - Progetti/interventi inseriti nella banca dati Pro.Sa. suddivisi per area tematica
- Tabella 45 - Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali suddivisi per regione
- Tabella 46 - Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali suddivisi per *setting* di riferimento.
- Tabella 47 - Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali suddivisi per target di riferimento
- Tabella 48 - Progetti/interventi afferenti all'area tematica Incidenti Stradali che hanno superato la prima selezione (9 giugno 2008) suddivisi per regione geografica
- Tabella 49 - Progetti suddivisi in base all'esplicitazione dei modelli teorici di riferimento
- Tabella 50 - Progetti suddivisi in base all'indicazione del piano di valutazione dei risultati
- Tabella 51 - Progetti suddivisi in base all'indicazione del piano di valutazione di processo
- Tabella 52 - Progetti suddivisi in base al riferimento a prove di efficacia e/o buone pratiche

GRAFICI

- Grafico 1 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per territorio delle Aziende Sanitarie
- Grafico 2 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per Ente promotore
- Grafico* 3 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per *setting*
- Grafico 4 - Progetti svolti in Friuli Venezia Giulia suddivisi per area tematica
- Grafico 5 - Progetti completi svolti nel Lazio suddivisi per data di realizzazione
- Grafico 6 - Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per area tematica di riferimento (valori percentuali)
- Grafico 7 - Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per *setting* di svolgimento (valori percentuali)
- Grafico 8 - Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per destinatari
- Grafico 9 - Progetti realizzati nel Lazio suddivisi per enti coinvolti all'interno (valori percentuali)
- Grafico 10 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per ente promotore (valori percentuali)
- Grafico 11 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per provincia sede di edizione (valori percentuali)

- Grafico 12 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per anno di edizione
- Grafico 13 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per *setting* principali
- Grafico 14 - Progetti svolti in Lombardia suddivisi per area tematica
- Grafico 15 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per destinatari
- Grafico 16 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per area tematica (valori percentuali)
- Grafico 17 - Progetti svolti in Piemonte suddivisi per *setting* (valori percentuali)
- Grafico 18 - Istituzioni contattate in Puglia (valori percentuali)
- Grafico 19 - Istituzioni contattate in Puglia suddivise per Provincia (valori percentuali)
- Grafico 20 - Progetti pervenuti suddivisi per ciascuna Provincia della Puglia (valori percentuali)
- Grafico 21 - Progetti pervenuti in Puglia suddivisi per istituzione di provenienza (valori percentuali)
- Grafico 22 - Progetti pervenuti in Puglia suddivisi per istituzione di provenienza (valori numerici)
- Grafico 23 - Adesioni al progetto in Puglia (valori percentuali)
- Grafico 24 - Progetti svolti in Puglia suddivisi per aree tematiche aggregate (valori percentuali)
- Grafico 25 - Progetti svolti in Puglia suddivisi per aree tematiche (valori percentuali)
- Grafico 26 - Enti promotori
- Grafico 27 - Enti coinvolti
- Grafico 28 - Progetti suddivisi per Provincia
- Grafico 29 - Adesioni al progetto
- Grafico 30 - Progetti inviati suddivisi per Azienda/Ente
- Grafico 31 - Progetti distribuiti per Area tematica
- Grafico 32 - Progetti contenenti una o più aree tematiche
- Grafico 33 - Destinatari dei progetti
- Grafico 34 - Progetti svolti in Toscana suddivisi per area tematica (valori percentuali)
- Grafico 35 - Progetti svolti in Toscana suddivisi per titolari dei progetti (valori percentuali)
- Grafico 36 - Presenza del "privato sociale" all'interno dei progetti svolti in Toscana suddivisi per area tematica (valori percentuali)
- Grafico 37 - Strumenti di rilevazione dei comportamenti utilizzati all'interno dei progetti svolti in Toscana (valori percentuali)
- Grafico 38 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per area tematica
- Grafico 39 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per area tematica (valori percentuali)
- Grafico 40 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per *setting* di svolgimento (valori percentuali)
- Grafico 41 - Progetti svolti in Umbria suddivisi per destinatari (valori percentuali)
- Grafico 42 - Progetti suddivisi per aree tematiche (valori percentuali)
- Grafico 43 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per regione (valori percentuali)

- Grafico 44 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori percentuali)
- Grafico 45 - Aree tematiche Alimentazione e Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per regione (valori percentuali)
- Grafico 46 - Area tematica Attività Fisica - Distribuzione dei progetti per ripartizione geografica (valori percentuali)
- Grafico 47 - Area tematica Alimentazione - Distribuzione dei progetti per ripartizione geografica (valori percentuali)
- Grafico 48 - Area tematica Sessualità - Distribuzione dei progetti per regione di riferimento
- Grafico 49 - Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per regione
- Grafico 50 - Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per zona geografica (valori percentuali)
- Grafico 51 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per tipologia di soggetti coinvolti (valori percentuali; dati disaggregati)
- Grafico 52 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per tipologia di soggetti coinvolti (valori percentuali; dati aggregati)
- Grafico 53 - Area tematica Dipendenze - Distribuzione dei progetti per numero di "soggetti partecipanti al progetto" (valori percentuali)
- Grafico 54 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per numero di soggetti partecipanti e per area geografica (valori percentuali)
- Grafico 55 - Progetti dell'area tematica Dipendenze - Media del "numero di soggetti coinvolti" per area geografica
- Grafico 56 - Soggetti partecipanti al progetto: valore medio e intervalli di confidenza al 95% dei progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per regione
- Grafico 57 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per *setting* (valori percentuali; dati disaggregati)
- Grafico 58 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per *setting* (valori percentuali; dati aggregati)
- Grafico 59 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per metodologia utilizzata (valori percentuali)
- Grafico 60 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per metodologia utilizzata e *setting* (valori percentuali; incrocio di variabili)
- Grafico 61 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per modalità di svolgimento del metodo (valori percentuali)
- Grafico 62 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per modalità di svolgimento del metodo (valori percentuali; dati disaggregati)

- Grafico 63 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per numero di metodi utilizzati (valori percentuali)
- Grafico 64 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per finalità dell'intervento (valori percentuali)
- Grafico 65 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per criteri di sostenibilità (valori percentuali)
- Grafico 66 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per gli elementi di buona progettazione (valori percentuali)
- Grafico 67 - Progetti dell'area tematica Dipendenze suddivisi per gli elementi di buona progettazione (valori percentuali; dati aggregati)
- Grafico 68 - Area tematica Dipendenze - Andamento del valore dell'indicatore pesato dei progetti suddivisi per regione (valori mediani)
- Grafico 69 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per area geografica (valori percentuali)
- Grafico 70 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per *setting* (valori percentuali)
- Grafico 71 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti per target (valori percentuali)
- Grafico 72 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati per regione (valori percentuali)
- Grafico 73 - Area tematica Salute Mentale - Distribuzione dei progetti selezionati e totale dei progetti inseriti per regione (valori assoluti)



Sede : Via Martiri XXX Aprile , 30
10093 Collegno (TO)
☎ (011) 40.17.1

Codice Fiscale 86013170013
Partita IVA 02704350012

Deliberazione del Commissario

n. 956

del 29 dicembre 2006

Accordo di collaborazione tra il Ministero della Salute e l'Azienda Sanitaria Locale n 5 Collegno per la realizzazione del progetto di monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM)

Direttore Amministrativo: Dott. Sergio BERTONE

Direttore Sanitario: Dr. Paolo MARFORIO

S.C. Epidemiologia a Direzione Universitaria

Direttore - Prof. Giuseppe COSTA

ACCORDO DI COLLABORAZIONE TRA IL MINISTERO DELLA SALUTE E L'AZIENDA SANITARIA LOCALE N 5 COLLEGNO PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI MONITORAGGIO DEI COMPORTAMENTI E METODICHE DI PREVENZIONE NELL'ADOLESCENZA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE COORDINATI DAL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM).

IL COMMISSARIO

Richiamate:

- la deliberazione della Giunta Regionale n. 37-25948 del 16 novembre 1998 con la quale è stata istituita la rete dei Servizi Sovrazionali di Epidemiologia (SSEPI) nelle Aziende Sanitarie Locali 5, 20, 13 e 15 per l'esercizio delle funzioni di epidemiologia sanitaria generale e specialistica, a seguito della quale sono state trasferite alle ASL competenti le funzioni e il personale che le esercitava;
- la propria deliberazione n. 2063 del 23 dicembre 1998 con la quale, in adempimento alla D.G.R. citata, si è istituito il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia di Grugliasco con variazione del piano di organizzazione aziendale;
- la propria deliberazione n. 1425 del 6 novembre 2003 di modifica dell'Atto Aziendale, con la quale il Servizio di Epidemiologia è stato trasformato in Unità Operativa a Direzione Universitaria;
- la D.G.R. n. 90-23098 del 10 novembre 1997, istitutiva del Centro di Documentazione Regionale per la promozione della Salute, affidato in gestione alla ASL 5;

Preso atto che nel programma 2006, approvato con DM 18.10.2006, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (di seguito CCM), istituito con legge 26.5.2004, n. 138, presso il Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, ha previsto il monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza, che prevede, tra le attività da programmare, la raccolta di informazioni su tutti gli interventi di prevenzione rivolti all'adolescenza, che si effettuano nelle Regioni italiane;

Visto che il CCM, in considerazione dell'esperienza su tali tematiche già avviata da DoRS nella realtà piemontese, corredata dello sviluppo dell'applicativo Pro.Sa. utile per la consultazione delle informazioni raccolte, ha individuato DoRS quale Centro di Documentazione capofila del progetto e ha proposto a questa Azienda di regolare con apposito accordo tale attività;

Visto il testo dell'Accordo di collaborazione fra il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie e l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Collegno per la realizzazione del progetto di monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza, allegato al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale e composto di testo dell'accordo (Allegato A) e progetto (Allegato B);

Dato atto che per la realizzazione del progetto il CCM prevede l'erogazione all'A.S.L. 5 di un ammontare complessivo di Euro 500.000,00, come specificato dall'Art. 6 dell'Accordo;

Preso atto del parere favorevole scritto, obbligatoriamente espresso dal Dirigente Responsabile;

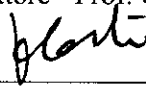
Visto il parere favorevole espresso, per quanto di competenza, su richiesta del Commissario dal Direttore Amministrativo, ai sensi dell'art. 3 del D.L.vo 30.12.1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

Visto il parere favorevole espresso, per quanto di competenza, del Direttore Sanitario, ai sensi dell'art. 3, comma 7 del D.L.vo 30.12.1992, n. 502 e successive integrazioni e modificazioni;

DELIBERA

1. di approvare e sottoscrivere l'Accordo di collaborazione fra il Ministero della salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria e l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 Collegno, per la realizzazione del progetto di monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal CCM, allegato alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale e composto di testo dell'accordo (Allegato A) e progetto (Allegato B);
2. di dare atto che il finanziamento complessivo destinato all' ASL 5, ammontante a Euro 500.000,00 complessivi verrà introitato sul Conto 4.50.01.09 (trasferimenti correnti da altri enti del settore pubblico allargato) Bilancio 2006, secondo le modalità e i tempi definiti all'art. 6 dell'Accordo medesimo;
3. di inviare copia del presente provvedimento al Collegio Sindacale, ai sensi dell'art.14 della L.R. 24.01.95 n. 10;
4. di dichiarare il presente provvedimento, non soggetto a controllo preventivo di legittimità, immediatamente esecutivo, ai sensi dell'art.3 comma 2, della L.R. 31/92 così come sostituito dall'art.28 della L.R. 10/95, per poter avviare senza ritardo il progetto.

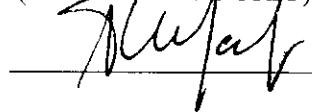
S.C. Epidemiologia a Direzione Universitaria
Il proponente: Direttore - Prof. Giuseppe COSTA



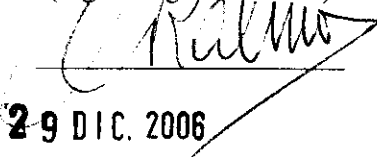
Parere del Direttore Amministrativo - Favorevole
(Dott. Sergio BERTONE)



Parere del Direttore Sanitario – Favorevole
(Dr. Paolo MARFORIO)



IL COMMISSARIO
(Ing. Giorgio RABINO)



Collegno li



29 DIC. 2006

15986 - 29 DIC 06

ACCORDO DI COLLABORAZIONE

PREMESSO

- che con la legge 26 maggio 2004, n. 138, è stato istituito presso il Ministero della Salute il Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), che opera attraverso convenzioni con vari enti, tra cui le strutture di assistenza e di ricerca pubbliche e private;
- che nel programma 2006 del CCM, approvato con DM 18 ottobre 2006, tra le azioni centrali, sono previste “spese per l’attività ... dei Servizi di Documentazione”;
- che negli ultimi anni è cresciuta l’attenzione dedicata all’informatizzazione il bisogno di documentazione, prodotta sia da agenzie del servizio pubblico che del terzo settore;
- che i Centri di Documentazione possono essere valorizzati non solo come luoghi fisici per la raccolta di materiale bibliografico, ma anche come sede di incontri, confronto di esperienze, consulenza per la progettazione di interventi, guida per la stesura di studi, ricerche ed occasioni di aggiornamento;
- che i Centri di Documentazione oltre a garantire lo sviluppo della documentazione, rappresentano uno strumento per la conservazione e l’accessibilità del patrimonio culturale di enti del pubblico e del terzo settore, possono favorire la ricerca e la formazione, creare un sistema stabile di rete e collegamento tra le realtà presenti sul territorio; creare un raccordo con esperienze presenti in altre regioni e all’estero;
- che nel programma 2006 del CCM, approvato con DM 18 ottobre 2006, tra i progetti “innovativi”, è previsto il “monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione” nell’ “adolescenza”, che prevede tra le attività da programmare, la raccolta di informazioni su tutti gli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti, che si effettuano nelle Regioni italiane ;
- che i Centri di Documentazione, per il tipo di attività che svolgono, possono offrire un valido contributo all’effettuazione della ricognizione suddetta, che necessita tuttavia di un coordinamento da parte di uno di loro che svolgerà funzioni di Centro di Documentazione capofila;
- che il Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute – DORS, affidato in gestione all’Azienda Sanitaria Locale n. 5, della Regione Piemonte ha già avviato tale ricognizione nella propria Regione, e ha sviluppato uno specifico applicativo, denominato Pro.Sa., utilizzato per la consultazione delle informazioni raccolte; l’applicativo consiste di una banca dati “on line”, alimentata da referenti delle aziende sanitarie e membri di gruppi di lavoro, con filtri che ne assicurano la qualità (in termini di catalogazione e referee) e contiene le seguenti informazioni: schede progetti, interventi correlati, interventi informativi, riferimenti e contatti dei responsabili di progetto; dei componenti dei gruppi di intervento; degli enti partner; materiali di lavoro e report allegati;
- che il DORS per l’esperienza maturata in quest’ambito può offrire un valido contributo nel coordinamento dei Centri di Documentazione per lo svolgimento delle attività di ricognizione degli interventi di prevenzione effettuati tra gli adolescenti nelle rispettive Regioni;

CONSIDERATO

che è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione;

L'anno 2006, il giorno del mese di ,

TRA

Il Ministero della salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione del Ministero della Salute - Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria – codice fiscale 80242290585, con sede in Roma, via della Civiltà Romana 7, nella persona del dr. Donato Greco, direttore generale reggente ai sensi del DPCM 3 ottobre 2006, nato a Napoli il 24 aprile 1947, di seguito “Ministero”

E

l'Azienda Sanitaria Locale n. 5, P. I. 02704350012, nella persona del Direttore Amministrativo Dott. Sergio BERTONE, nato a Ciriè (TO) il 25.03.1946, in virtù di delega del Legale Rappresentante del 09.05.2006, domiciliato ai fini della presente convenzione presso la sede legale dell'A.S.L. in Collegno (TO), Via Martiri XXX Aprile n. 30, di seguito “ASL 5”

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 (Oggetto)

1. Oggetto del presente accordo di collaborazione è la descrizione degli interventi di prevenzione rivolti gli adolescenti attuati nelle Regioni italiane, attraverso l'effettuazione delle seguenti attività - riportate in dettaglio nel progetto allegato, che costituisce parte integrante del presente accordo:
 - a) Coordinamento dei Centri di Documentazione nella raccolta delle informazioni
 - b) realizzazione di un questionario per la raccolta standardizzata degli interventi
 - c) aggiornamento e adattamento della struttura della banca dati ProSa
 - d) analisi e diffusione dei risultati
2. L'ASL 5, mediante il Centro di documentazione regionale DORS realizzerà il progetto avvalendosi della collaborazione di altri Enti e/o Associazioni pubbliche e/o private. Qualora si tratti di enti e/o associazioni non previste nel progetto, l'ASL 5 è tenuta a richiedere al Ministero l'autorizzazione alla stipula del relativo accordo.

Art. 2 (Durata)

1. L'accordo ha durata di 12 mesi a decorrere dalla data della lettera del Ministero di comunicazione di avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione del presente accordo da parte degli Organi di Controllo.
2. L'ASL 5 dovrà provvedere all'avvio delle attività immediatamente dopo la comunicazione di cui al comma 1.

15958 - 09 DIC 06

Art. 3
(Verifiche e relazioni sull'attività)

1. Al fine di verificare il regolare svolgimento delle attività di cui all'art. 1, nonché in relazione ad eventuali esigenze sopravvenute, l'ASL 5 entro trenta giorni dalla scadenza di ogni trimestre trasmette al Ministero un rapporto tecnico ed un rapporto finanziario.
2. Durante lo svolgimento delle attività previste nel presente accordo potranno essere apportate modifiche al progetto ed al piano finanziario. Tali modifiche comunque non dovranno stravolgere l'impianto complessivo del progetto. Le variazioni possono essere richieste dall'ASL 5, e sono sottoposte all'assenso del Ministero, con richiesta a firma del legale rappresentante, mentre le motivazioni saranno a firma del referente scientifico. Resta fermo, che le variazioni non possono costituire motivo di modifica del finanziamento.
3. Entro trenta giorni dalla scadenza dell'accordo, l'ASL 5 trasmette al Ministero un rapporto tecnico ed una rendicontazione finanziaria finali su tutta l'attività svolta nel periodo di durata dell'accordo stesso.
4. Nel caso in cui la presentazione dei rapporti sulle attività svolte non possa avvenire nei tempi prestabiliti, è facoltà del Ministero concedere un'apposita proroga, previa formale e motivata richiesta da parte dell'ASL 5.
5. La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità, non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 4
(Uso degli elaborati)

1. Il Ministero potrà disporre degli elaborati di cui all'art. 3 per qualunque uso, compresa la pubblicazione di dati e notizie inerenti i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto, senza che ciò dia diritto all'ASL 5 di pretendere ulteriori compensi, oltre quelli previsti dal contratto stesso.
2. Il Ministero, per il tramite del referente, di cui al successivo art. 5, partecipa alle attività di analisi, divulgazione e valorizzazione scientifica dei risultati delle attività di cui all'art. 1.
3. Le pubblicazioni dei risultati delle attività di cui all'art. 1, previo accordo con il Ministero, dovranno recare l'indicazione che il lavoro è stato svolto grazie al finanziamento del Ministero, riportando gli estremi dello stesso: "capitolo 4393/2004 - CCM".
4. I dati generati dai flussi informativi previsti dalle attività oggetto del presente accordo e i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto saranno pubblicati in appositi spazi del sito web del Ministero della Salute.

Art. 5
(Responsabile e referente delle attività)

1. L'ASL 5 identifica, quale responsabile delle attività oggetto del presente accordo la dottoressa Elena Coffano, che assicura il collegamento operativo con il Ministero nonché trasmette al referente scientifico del Ministero i rapporti di cui all'articolo 3.

2. Il Ministero indica ilquale referente delle attività oggetto del presente accordo per conto del Ministero, che assicura il collegamento operativo con l'ASL 5 e il monitoraggio del presente accordo.
3. Il Ministero e l'ASL 5 si riservano il diritto di identificare altri referenti in caso di assenza e/o impedimento dei referenti di cui ai commi 1 e 2.

Art. 6
(Corrispettivo)

1. Per le attività di cui all'art. 1 è stabilito a favore dell'ASL 5 un finanziamento complessivo di € 500.000,00 (cinquecentomila./00), comprensivo di qualsiasi spesa ed onere sostenuti dall'ASL 5. Tale importo verrà così ripartito:
 - a) il 70%, pari a 350.000 (trecentocinquantamila/00), dopo la comunicazione, da parte dell'ASL 5, dell'avvio delle attività e comunque ad avvenuta registrazione del provvedimento di approvazione della presente convenzione da parte degli Organi di controllo;
 - b) il 30%, pari a 150.000 (centocinquantamila/00), alla scadenza del presente accordo.
2. Il finanziamento concesso non potrà essere superiore alla differenza tra entrate ed uscite, quando le prime si dimostrino superiori alle seconde, come dai rendiconti di cui all'art. 3, e non potrà mai determinare un utile per l'ASL 5.
3. I pagamenti saranno disposti, dietro presentazione di formale richiesta, previa positiva valutazione da parte del Ministero dell'attività svolta, mediante l'emissione di ordinativi di pagamento tratti sulla Sezione di Tesoreria Provinciale dello Stato competente e ivi reso esigibile mediante accreditamento della somma sul c/c n.
4. Il Ministero non risponde di eventuali ritardi nella liquidazione dei compensi cagionati dai controlli di legge e/o dovuti ad indisponibilità di cassa.

Art. 7
(Sospensione dei pagamenti. Risoluzione)

1. Nel caso in cui l'ASL 5 non provveda ad inviare le relazioni di cui al precedente articolo 3, il Ministero sospende l'erogazione del finanziamento. La sospensione del finanziamento sarà disposta anche per la mancata od irregolare attuazione del presente accordo.
2. E' espressamente convenuto che il presente accordo si risolve qualora il Ministero accerti che lo svolgimento delle attività di cui all'art. 1 non avvenga, per qualsiasi causa, secondo i tempi e le modalità dell'accordo. In tale caso l'ASL 5 ha l'obbligo di provvedere alla restituzione delle somme erogate, fatte salve le spese effettivamente sostenute.

Il presente accordo si compone di 7 articoli, e di un allegato, e viene redatto in due originali.

Letto, approvato e sottoscritto

MINISTERO DELLA SALUTE

ASL 5

Direzione Generale Prevenzione Sanitaria

.....

Il Direttore Generale Reggente
Donato Greco

Il Direttore Amministrativo
Sergio Bertone

15310 - 0901006

TITOLO

attività di ricognizione dei progetti ed interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti nelle Regioni italiane

ANALISI DEL PROBLEMA***Problema***

Tra gli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti attivati sul territorio nazionale, esistono numerosi esempi di buone pratiche ormai consolidate nel tempo, tuttavia la diffusione degli interventi sul territorio è ancora complessivamente insufficiente, frammentaria e disarticolata. Gli interventi sono brevi, spesso solo informativi, senza continuità di programmazione; hanno un carattere isolato, settoriale, locale e manca integrazione tra i servizi sanitari, educativi e di volontariato, che di volta in volta ne sono i promotori, con il rischio di una dispersione dei saperi maturati, oltre che dei materiali prodotti nel corso dei progetti stessi (schede progetto, questionari, volantini, valutazioni conclusive, ecc.).

La coerenza con le principali acquisizioni scientifiche prodotte e la componente di valutazione dei risultati sono insufficienti in molti interventi; i progetti di prevenzione e promozione della salute rivolti ai giovani continuano ad essere attuati quasi esclusivamente nella scuola, mentre gli ambiti extrascolastici sono spesso ancora esclusi dalla programmazione limitando in tal modo la possibilità di raggiungere una quota importante della popolazione giovanile. E' assente un disegno unitario coordinato e multisettoriale dei programmi di prevenzione.

Un simile quadro si osserva nei risultati emersi da una ricerca effettuata in Piemonte dal Servizio di riferimento regionale di epidemiologia per la sorveglianza, la prevenzione e il controllo delle malattie infettive dell'ASL 20 di Alessandria, in collaborazione con il Centro di documentazione per la Promozione della Salute DoRS. In questa ricerca è stata effettuata una ricognizione di tutti gli interventi di prevenzione e promozione della salute condotti tra gli adolescenti piemontesi sulle infezioni sessualmente trasmesse (IST) e HIV/AIDS. E' risultato che: dei 46 progetti di prevenzione effettuati in Piemonte nel periodo che va dal 2000 al 2005, rilevati dallo studio, 44 sono stati realizzati in ambito scolastico, solo due in ambito extrascolastico. Ad eccezione di due province (Verbania e Cuneo), nel resto della Regione, inclusa la città di Torino, non esiste una programmazione che coinvolge tutte le scuole, sono invece presenti molte iniziative promosse dai singoli istituti.

Il Centro di riferimento per l'oncologia e la prevenzione oncologica in Piemonte (CPO), ha realizzato un'indagine conoscitiva degli interventi di promozione della salute presso gli enti pubblici e privati, attivi sul territorio piemontese. Sono stati identificati 52 progetti di prevenzione del fumo di sigarette e, più in generale, di prevenzione delle dipendenze e/o di promozione della salute, effettuati in Piemonte tra il 2000 e il 2004.. La percentuale di studenti delle scuole raggiunti da questi programmi è stata del 15% nell'anno scolastico (a.s.) 2000-2001, del 2% nell'a.s. 2001-2002, del 8% nell'a.s. 2002-2004. Relativamente alla durata dei progetti, l'88% è stato realizzato solo per un anno scolastico; per molti altri si è trattato solo di singoli incontri di durata inferiore alle 3 ore, oppure compresa tra le 4-8 ore. Solo per 6 progetti sono stati previsti interventi continuativi della durata di due o tre anni. Il 29% degli interventi ha previsto il coinvolgimento di una o più figure professionali socio-sanitarie, senza la collaborazione degli insegnanti. La maggioranza dei progetti (69%) è stata promossa da un solo ente/associazione, a testimonianza dell'integrazione ancora scarsa fra soggetti operanti nel medesimo ambito.

E' attualmente in corso un'analoga ricognizione degli strumenti e degli interventi di prevenzione effettuati nelle scuole italiane o comunque adatti alla fruizione giovanile in ambito scolastico, nell'ambito del progetto: " *Valutazione dei programmi scolastici di prevenzione dell'abuso di alcol*

e dei rischi alcol-correlati, per la costruzione di nuovi modelli di intervento che utilizzino i giovani come "risorsa" condotto con il coordinamento della Regione Emilia Romagna, dai cui risultati preliminari emergerebbe un quadro simile a quello descritto in Piemonte, anche nell'ambito della programmazione degli interventi specifici sulla prevenzione dell'abuso di alcol nella popolazione giovanile.

Soluzioni proposte

Allo scopo di migliorare il quadro conoscitivo delle esperienze effettuate nelle altre Regioni italiane, ci si propone di effettuare una ricognizione sistematica di interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti all'adolescenza, attraverso la realizzazione di un'indagine conoscitiva, da effettuare in collaborazione con i Centri di Documentazione esistenti.

L'indagine conoscitiva consisterà nella raccolta sistematica di dati su:

- chi opera nella prevenzione
- natura degli interventi
- settino
- contesto nel quale tali interventi sono effettuati.

Tali informazioni saranno messe a disposizione di coloro che devono progettare, realizzare e valutare interventi. I progetti e gli interventi raccolti in una banca dati documentale potranno essere condivisi con i gruppi di interesse, formati da operatori, rappresentanti del mondo accademico, operatori pari, consulta dei giovani. La banca dati registrerà anche tutti i progetti che saranno segnalati da altre regioni. La ricognizione a livello nazionale si effettuerà avvalendosi della collaborazione dei centri di documentazione regionali con metodologie scelte dai vari gruppi e le informazioni saranno raccolte in modo standardizzato tramite un questionario costruito ad hoc. I principali vantaggi portati dalla ricognizione saranno: acquisire informazioni sui progetti messi in atto e sulle loro caratteristiche, individuare i responsabili e le strutture di appartenenza; acquisire i materiali dei progetti stessi per poterli analizzare e archiviare e fornire una rappresentazione il più vicina possibile alla realtà del paese.

Fattibilità

Il Centro di Documentazione per la Promozione della Salute – DORS, dell'Azienda ASL 5, della Regione Piemonte ha già avviato tale ricognizione nella propria Regione, e ha sviluppato uno specifico applicativo, denominato ProSA., utilizzato per la consultazione delle informazioni raccolte; l'applicativo consiste di una banca dati "on line", alimentata da referenti delle aziende sanitarie e membri di gruppi di lavoro, con filtri che ne assicurano la qualità (in termini di catalogazione e referee) e contiene le seguenti informazioni: schede progetti, interventi correlati, interventi informativi, riferimenti e contatti dei responsabili di progetto; dei componenti dei gruppi di intervento; degli enti partner; materiali di lavoro e report allegati; il DORS per l'esperienza maturata in quest'ambito può coordinare i Centri di Documentazione per lo svolgimento delle attività di ricognizione degli interventi di prevenzione effettuati tra gli adolescenti nelle rispettive Regioni

OBIETTIVO GENERALE

Descrivere gli interventi di prevenzione rivolti gli adolescenti effettuati dalle Regioni italiane

OBIETTIVO SPECIFICO 1

Coordinare i Centri di Documentazione nella raccolta delle informazioni

OBIETTIVO SPECIFICO 2

Realizzare un questionario per la raccolta standardizzata degli interventi

OBIETTIVO SPECIFICO 3

Analisi e diffusione dei risultati

PIANO OPERATIVO

Popolazione di riferimento

Adolescenti presenti di età compresa tra 14 e 18 anni

Oggetto dell'indagine

programmi di prevenzione e promozione della salute che coinvolgono la comunità, le scuole, i luoghi di lavoro e di aggregazione realizzati relativamente ai seguenti temi: alimentazione, attività fisica, infezioni sessualmente trasmesse, consumo problematico di alcol e droghe, fumo, salute mentale, sicurezza stradale.

Lista di partenza

progetti già catalogati nella banca dati ProSA di promozione della salute

Ambito di indagine

progetti realizzati partendo a ritroso dall'anno 2006 fino al 2000

Centri di Documentazione coinvolti

Si prevede il coinvolgimento di almeno 16 Centri di Documentazione presenti in 11 Regioni italiane, di seguito elencati. Il numero di tali Centri sarà eventualmente soggetto a variazioni:

Centro di documentazione	Città	Indirizzo	Responsabile	Recapito telefonico
Agenzia Sedes. Servizio di documentazione per l'educazione alla salute	Perugia	Via Mario Angeloni, 61	Giorgio Bonaduce	075 5733564
Ce.S.D.A. Centro Studi ricerca e documentazione su dipendenze e AIDS - Regione Toscana, Azienda USL 10	Firenze	Via San Salvi, 12	Mariella Orsi	055 6263315
DIP & DOC - Rete dei Centri di Documentazione sulla tossicodipendenze, l'alcolismo e il disagio giovanile - Regione Emilia Romagna	Bologna	Via Aldo Moro 21	Ilaria de Santis	051 6397070
Dors Centro di Documentazione per la Promozione della Salute - Regione Piemonte, Azienda - Asl 5	Grugliasco (Torino)	Via Sabaudia, 164	Elena Cofano	011 40188210
CEDEAS Il Centro di Documentazione per l'Educazione alla Salute	Firenze	Via San Salvi, 12		0556263305
Cefpas Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario	Caltanissetta	Via G. Mulè. Cittadella Sant'Elia	Rosa Giuseppa Frazzica	0934/505215
Centro regionale di documentazione e analisi per l'infanzia, l'adolescenza e i giovani Regione Marche	Pesaro		Claudio Bocchini	071 5010 715

Università di Cagliari, Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica	Cagliari	Via Porcell, 4	Prof. Paolo Contu Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica	070 675 8362
Servizio per le tossicodipendenze di San Severo (Foggia)	San Severo (Fg)	Via Castiglione	Titti De Nucci	
Agenzia Sanitaria Regione Marche	Ancona	Via Gentile da Fabriano 3	Prof. Francesco di Stanislao	071 8064057
Centro Studi e doc. ASL 7 di Ancona	Ancona	Via C. Colombo, 106	Stefano Giuliodoro	071870.5682
Centro Studi dipendenze ASL Bergamo	Bergamo	Via Borgo Palazzo, 130	Andrea Noventa	035/2270366
SaPeRiDoc (Centro di documentazione sulla salute perinatale, riproduttiva e sessuale)	Modena		Vittorio Basevi	
Rete HPS Veneto ULSS n.5 OVEST VICENTINO	Arzignan o (Vicenza)	Via Trento n.4	Prof. Marco Appoggi	0444 708200
Azienda Sanitaria Locale di Brescia - Servizio educazione alla salute e comunicazione	Brescia	Viale Duca degli Abruzzi, 15	Fiorenza Comincini	030 3838061
Osservatorio per l'infanzia e l'adolescenza - Osservatorio Regionale Epidemiologico e per le Politiche Sociali dell'Assessorato Sanità, Salute e Politiche Sociali	Aosta	Località Grande Charrière, 40	Patrizia Scaglia	0165/527008

Costruzione del questionario

Il questionario permetterà di acquisire le informazioni su CHI FA COSA E DOVE. Sarà predisposto dal DoRS. I dati acquisiti saranno inseriti nella banca dati Pro.Sa attraverso la compilazione di una scheda che riporta dati sulla responsabilità del progetto, informazioni su setting e partecipanti, un riassunto degli obiettivi e delle attività previste.

Modalità di indagine

I ricercatori che effettueranno la ricognizione dovranno stabilire contatti telefonici con enti coinvolti nella promozione della salute e della prevenzione nei confronti di adolescenti, referenti della salute delle scuole, testimoni privilegiati. Si ricercherà un incontro con i responsabili dei singoli progetti, identificati a partire da:

- dati già presenti presso il Dors;
- dalle informazioni provenienti dall'analisi dei progetti del Piano Nazionale di Prevenzione (per quanto riguarda fumo, incidenti stradali e obesità);
- dati raccolti mediante metodologia "a palla di neve".

In particolare saranno contattati i seguenti soggetti:

- Autorità scolastiche

- Uffici regionali che si occupano di dipendenze, salute mentale, giovani, infezioni sessualmente trasmesse, osservatorio epidemiologico sulle droghe, centro di documentazione per la promozione della salute
- Responsabili dei progetti regionali di prevenzione attiva coinvolti (incidenti stradali, obesità, fumo).
- Consulta regionale dei giovani
- Università degli studi: esperti afferenti alle facoltà di psicologia, medicina, scienza della formazione

Raccolta ed inserimento dei dati e dei materiali

I ricercatori effettueranno una intervista, cui seguirà l'inserimento dei dati acquisiti nella banca dati elettronica ProSa on-line messa a punto dal DoRS, e in particolare, informazioni sugli autori, sui partner dei progetti e dei programmi, sugli enti collaboranti, riferimenti e contatti dei responsabili di progetto, dei componenti dei gruppi di intervento, degli enti partner, materiali di lavoro e report allegati, da mettere a disposizione in formato elettronico.

Analisi dei dati/Reportistica

Le schede riassuntive dei progetti saranno disponibili su sito web. Verrà compilato un rapporto di sintesi in cui saranno descritti: il numero dei progetti rilevati, la presenza sul territori, alcune caratteristiche rilevate nella maggioranza nei progetti stessi; sarà posto l'accento anche su eventuali carenze e difficoltà.. La piattaforma tecnologica fornirà un supporto alla rete degli operatori e modalità di presentazione dei risultati dedicate ai gruppi di interesse e al pubblico. Verrà analizzato l'effetto di distorsioni dovute ad alcune possibili carenze dell'indagine (strumento, modalità, ricercatore, etc.), anche allo scopo di individuare possibili strategie di riduzione o contenimento di queste.

PIANO FINANZIARIO

Unità Operativa di coordinamento	referente	Compiti		
DoRS – ASL 5 - Piemonte	Elena Coffano	<ul style="list-style-type: none"> • Coordinare i Centri di Documentazione nella raccolta delle informazioni • Realizzare un questionario per la raccolta standardizzata degli interventi • Analisi e diffusione dei risultati 		
Risorse	Compiti e prodotti attesi	1° anno *	Totale	
Personale				
Due documentalisti	<ul style="list-style-type: none"> • Realizzazione metodi di indagine • Analisi e reportistica 	30.000	30.000	
Beni e servizi				
Missioni e attività di coordinamento				
		20.000	20.000	
Spese generali				
Totale			50.000	

Unità Operativa	referente	Compiti		
Ciascuno dei 15 restanti Centri di Documentazione		- Raccolta informazioni sui progetti rivolti all'adolescenza nella propria Regione, per i 5 ambiti previsti dall'indagine: alimentazione, sostanze, attività fisica, sessualità e salute mentale		
Risorse	Compiti e prodotti attesi	1° anno *	Totale	
Personale				
Due documentalisti	Esecuzione indagine	30.000	30.000	
Beni e servizi				
Missioni				
Spese generali				
Totale			30.000	

PIANO FINANZIARIO GENERALE

Risorse	1° anno *	totale
Personale	480.000	480.000
Beni e servizi		
Missioni e attività di coordinamento	20.000	20.000
Spese generali		
Totale		500.000



Sede : Via Martiri XXX Aprile , 30
10093 Collegno (TO)
☎ (011) 40.17.1

Codice Fiscale 86013170013
Partita IVA 02704350012

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
Azienda Sanitaria Locale 5
Regione Piemonte

DELIBERAZIONE DEL DIRETTORE GENERALE

N. 788 del 22 giugno 2007

Oggetto - Progetto di monitoraggio dei comportamenti e metodiche prevenzione nell'adolescenza nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) - Accordo con i Centri di Documentazione Nazionali e Università.

Servizio Proponente - S.C. Epidemiologia a Direzione Universitaria

Direttore - Prof. Giuseppe COSTA

Nella sede amministrativa dell'Azienda Sanitaria Locale n. 5, il Direttore Generale ing. Giorgio RABINO, nominato con D.G.R. n. 49-5335 del 19/02/2007, assistito dal Direttore Amministrativo, dott. Carlo MARINO, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 260 del 02/03/2007 e dal Direttore Sanitario, dr. Paolo MARFORIO, nominato con deliberazione del Direttore Generale n. 261 del 02/03/2007, ha adottato il provvedimento descritto in epigrafe e di seguito integralmente riportato.

PROGETTO DI MONITORAGGIO DEI COMPORTAMENTI E METODICHE PREVENZIONE NELL'ADOLESCENZA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE COORDINATI DAL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM): ACCORDO CON I CENTRI DI DOCUMENTAZIONE NAZIONALI E UNIVERSITA'.

**IL DIRETTORE GENERALE
Ing. Giorgio RABINO**

Richiamate:

- la deliberazione della Giunta Regionale n. 37-25948 del 16 novembre 1998 con la quale è stata istituita la rete dei Servizi Sovrazionali di Epidemiologia (SSEPI) nelle Aziende Sanitarie Locali 5, 20, 13 e 15 per l'esercizio delle funzioni di epidemiologia sanitaria generale e specialistica, a seguito della quale sono state trasferite alle ASL competenti le funzioni e il personale che le esercitava;
- la propria deliberazione n. 2063 del 23 dicembre 1998 con la quale, in adempimento alla D.G.R. citata, si è istituito il Servizio Sovrazonale di Epidemiologia di Grugliasco con variazione del piano di organizzazione aziendale;
- la propria deliberazione n. 1425 del 6 novembre 2003 di modifica dell'Atto Aziendale, con la quale il Servizio di Epidemiologia è stato trasformato in Unità Operativa a Direzione Universitaria;
- la D.G.R. n. 90-23098 del 10 novembre 1997, istitutiva del Centro di Documentazione Regionale per la promozione della Salute, affidato in gestione alla ASL 5;

Preso atto che nel programma 2006, approvato con DM 18.10.2006, il Centro Nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (di seguito CCM), istituito con legge 26.5.2004, n. 138, presso il Ministero della Salute – Dipartimento della Prevenzione e della Comunicazione – Direzione Generale della Prevenzione Sanitaria, ha previsto il monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza, che prevede, tra le attività da programmare, la raccolta di informazioni su tutti gli interventi di prevenzione rivolti all'adolescenza, che si effettuano nelle Regioni italiane;

Visto l'accordo tra Ministero della Salute e l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 di Collegno approvato con Deliberazione del Commissario n. 956 del 29/12/2006, secondo cui il Centro di Documentazione individuato quale capofila del progetto, curerà la raccolta dei dati tramite vari centri individuati presso Enti e/o Associazioni pubbliche nelle altre regioni italiane;

Dato atto che nei mesi di marzo, aprile e maggio sono stati intrapresi i contatti con le strutture individuate e si è raggiunto un' accordo su due modelli di convenzione da stipularsi fra l'ASL 5 e ciascun ente/università ed è stato acquisito dagli stessi l'assenso a sottoscrivere apposite convenzioni;

Preso atto pertanto del seguente elenco di enti e istituzioni, nonchè relativi rappresentanti legali e referenti che collaboreranno alla realizzazione del progetto:

CENTRI ADERENTI:

Ente	Città	Indirizzo	Responsabile	Legale Rappresentante
Regione Abruzzo Agenzia Sanitaria Regionale	Pescara	Via Attilio Monti, 9	Dott. Lamberto Manzi	Prof. Francesco di Stanislao nato a Tortoreto (TE), il 6/12/1952
Regione Calabria – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie Direzione Regionale	Catanzaro	Via E. Buccarelli,30	Dott.ssa Caterina Azzarito	Dott. Domenico F. Crupi nato a Palazzi (RC) il 5/2/1950
Centro di documentazione del Sert Azienda Usl di Reggio Emilia	Reggio Emilia	Via Amendola 2	Prof. Umberto Nizzoli	Dott.ssa Mariella Martini nata a Osimo (AN) il 11.12.1952
Comune di Udine – Dipartimento Politiche Sociali Educative e Culturali – Ufficio Città Sanc	Udine	Viale Duodo, 77	Dott.ssa Gianna Zamaro	Dott.ssa Chiara Gallo Nata a Sarno (SA) il 10/8/1950
CenDES - Centro di Documentazione in Educazione Sanitaria e Promozione della Salute – Asl Pavia	Pavia	Viale Indipendenza, 3	Dott.ssa Liliana Coppola	Dott. Maurizio Amigoni nato a Lecco (LC) il 20/5/1950
Regione Marche Agenzia Regionale Sanitaria Marche	Ancona	Via Gentile da Fabriano, 3	Dott. Claudio Bocchini	Dott. Maurizio Belligoni nato ad Ancona il 6/6/1950
Regione Puglia Asl Foggia 1 San Severo - Servizio per le tossicodipendenze	San Severo (Fg)	Via Castelnuovo	Dott.ssa Titti De Nucci	Dott. Donato Troiano
Cefpas Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario	Caltanissetta	Via G. Mulè. Cittadella Sant'Elia	Dott.ssa Rosa Giuseppa Frazzica	Dott.ssa Rosa Giuseppa Frazzica nata a Messina il 30/6/1948
Regione Toscana, Azienda USL 10 Ce.S.D.A. Centro Studi ricerca e documentazione su dipendenze e AIDS	Firenze	Via San Salvi, 12	Dott.ssa Mariella Orsi	Ing. Luigi Marroni nato a Castelnuovo Berardenga (Siena) il 11/8/1957
CRRPS - Centro Regionale di riferimento per la promozione della Salute – Azienda ULSS di Verona	Verona	Via Valverde, 42	Dott. Massimo Mirandola	Ing. Ermanno Angonese nato a Mason Vicentino (VI) il 10 febbraio 1949
Centro di Documentazione e Ricerca sull'Ambiente e la Salute (CEDRAS) dell'ASL Napoli 1	Napoli	Centro Direzionale, Isola F9	Dott. Pio Russo Krauss	Dott. Mario Tursi

UNIVERSITA' ADERENTI

Università	Città	Indirizzo	Responsabile	Legale Rappresentante
Università di Cagliari, Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica	Cagliari	Via Porcell, 4	Prof. Paolo Contu	Prof. Francesco Sanna Randaccio nato a Carbonia il 25/4/1938
Università di Perugia Agenzia Sedes. Servizio di documentazione per l'educazione alla salute	Perugia	Via Mario Angeloni, 61	Prof. Giancarlo Pocetta	Prof. Massimo Porena nato a Cascia il 14/6/1946
Università La Sapienza Istituto di Igiene "G. Santarelli"	Roma	Piazzale Aldo Moro, 5	Prof. Gianfranco Tarsitani	Prof. Gaetano Maria Fara nato a Pietra Ligure (SV) il 14/10/1934

Dato atto che per la realizzazione del progetto il CCM all'art 6 dell'accordo prevede l'erogazione da parte dell'A.S.L. 5, capofila del progetto e destinataria del relativo finanziamento, di € 30.000,00 per ogni Centro/Università/Ente partecipante al progetto, per un totale di euro totale di € 420.000,00;

Visti gli schemi-tipo di Convenzione per la realizzazione del progetto di monitoraggio dei comportamenti a rischio nell'adolescenza, allegati al presente provvedimento per farne parte integrante e sostanziale e distinti in allegato A - Convenzione con Enti gestori dei Centri di Documentazione e allegato B - Convenzione con le Università;

Preso atto degli adempimenti espletati dal Responsabile del Procedimento ai sensi della legge 7 agosto 1990, n. 241;

Preso atto del parere favorevole espresso in calce alla presente dal Direttore della S.C. a D.U. Epidemiologia prof. Giuseppe Costa;

Considerato che la formulazione della proposta di un atto deliberativo impegna la responsabilità del soggetto proponente circa la regolarità amministrativa del contenuto della deliberazione nonché della legittimità della stessa;

Visti i pareri espressi dal Direttore Amministrativo e dal Direttore Sanitario ai sensi dell'art. 3 del D.L.vo 30.12.1992 n. 502 e successive modifiche e integrazioni;

DELIBERA

1. di approvare, per le ragioni illustrate in premessa, gli schemi-tipo di convenzione con Enti gestori di Centri di Documentazione e con Università partecipanti al progetto di monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal CCM, allegati alla presente deliberazione per farne parte integrante e sostanziale, rispettivamente sub A e sub B;

2. di delegare il direttore amministrativo alla sottoscrizione delle convenzioni da stipularsi con gli enti sotto elencati, che hanno aderito al progetto:

Ente	Città	Indirizzo
Regione Abruzzo Agenzia Sanitaria Regionale	Pescara	Via Attilio Monti, 9
Regione Calabria – Dipartimento Tutela della Salute e Politiche Sanitarie – Direzione Regionale	Catanzaro	Via E. Buccarelli,30
Centro di documentazione del Sert Azienda Usl di Reggio Emilia	Reggio Emilia	Via Amendola 2
Comune di Udine – Dipartimento Politiche Sociali Educative e Culturali – Ufficio Città Sane	Udine	Viale Duodo, 77
CenDES - Centro di Documentazione in Educazione Sanitaria e Promozione della Salute – Asl Pavia	Pavia	Viale Indipendenza, 3
Regione Marche Agenzia Regionale Sanitaria Marche	Ancona	Via Gentile da Fabriano, 3
Regione Puglia Asl Foggia 1 San Severo - Servizio per le tossicodipendenze	San Severo (Fg)	Via Castelnuovo
Cefpas Centro per la formazione permanente e l'aggiornamento del personale del servizio sanitario	Caltanissetta	Via G. Mulè. Cittadella Sant'Elia
Regione Toscana, Azienda USL 10 Ce.S.D.A. Centro Studi ricerca e documentazione su dipendenze e AIDS	Firenze	Via San Salvi, 12
CRRPS - Centro Regionale di riferimento per la promozione della Salute – Azienda ULSS di Verona	Verona	Via Valverde, 42
Centro di Documentazione e Ricerca sull'Ambiente e la Salute (CEDRAS) dell'ASL Napoli 1	Napoli	Centro Direzionale, Isola F9
Università di Perugia - Agenzia Sedes. Servizio di documentazione per l'educazione alla salute	Perugia	Via Mario Angeloni, 61
Università La Sapienza Istituto di Igiene "G. Santarelli"	Roma	Piazzale Aldo Moro, 5
Università di Cagliari, Dipartimento di Igiene e Sanità Pubblica	Cagliari	Via Porcell, 4

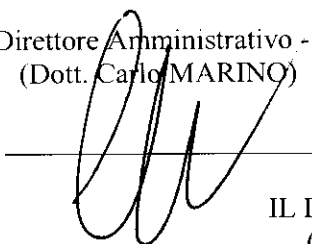
3. di erogare a ciascun ente/università aderente la somma di euro 30.000,00 secondo le modalità e i tempi dettagliati all'art. 6. delle convenzioni-tipo;
4. di dare atto che la spesa complessiva, per quanto è oggetto del presente provvedimento, pari a euro € 420.000,00, trova capienza nel finanziamento erogato dal Ministero della Salute per il progetto di monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza nell'ambito dei programmi di prevenzione coordinati dal CCM, di cui all'apposito accordo approvato con Deliberazione n. 956 del 29/12/2006 ed è riconducibile al centro di costo D5A30, conto di costo 3.10.10.14 (altri servizi generali), - Esercizio 2007 - Centro ordinatore n. 33, codice progetto 2006/072/EEP aut n. 47/2007;

5. di inviare copia del presente provvedimento per conoscenza al Collegio Sindacale ai sensi dell'art. 14 della L.R. 24/01/95 n. 10;
6. di dichiarare che il presente provvedimento, non soggetto a controllo preventivo di legittimità, immediatamente esecutivo ai sensi dell'art 3, comma 2 della L.R. 31/92 così come sostituito dall'art. 28 della L.R. 10/95 per poter avviare senza ritardo le attività previste dall'accordo con il CCM.

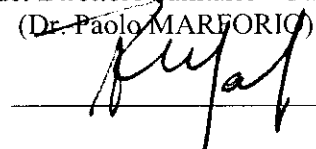
S.C. Epidemiologia a Direzione Universitaria
Il proponente: Direttore - Prof. Giuseppe COSTA



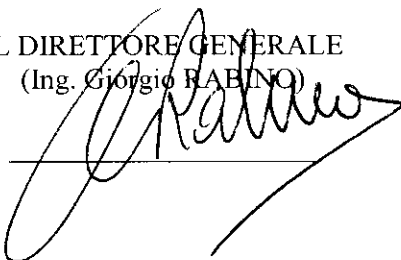
Parere del Direttore Amministrativo - Favorevole
(Dott. Carlo MARINO)



Parere del Direttore Sanitario - Favorevole
(Dr. Paolo MARFORIO)



IL DIRETTORE GENERALE
(Ing. Giorgio RABINO)



Collegno li _____

ALLEGATO A

CONVENZIONE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI MONITORAGGIO DEI COMPORAMENTI E METODICHE PREVENZIONE NELL'ADOLESCENZA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE COORDINATI DAL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM)

PREMESSO:

- che nel programma 2006 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), approvato con Decreto Ministeriale 18 ottobre 2006 (vedi allegato A) tra i progetti "innovativi" è previsto il "monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione" nell' "adolescenza", che prevede tra le attività da programmare la raccolta di informazioni su tutti gli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti che si effettuano nelle Regioni italiane;
- che tale monitoraggio prevede la collaborazione con Enti e Centri di Documentazione delle diverse Regioni;
- che l'ASL 5 quale Ente gestore del Centro di Documentazione per la Promozione della Salute – DORS, ha siglato un Accordo con il Centro Nazionale Controllo delle Malattie (CCM) presso il Ministero della Salute, per la realizzazione di una ricognizione e raccolta di informazioni su tutti gli interventi di prevenzione rivolti all'adolescenza realizzati a livello nazionale, nell'ambito del programma del CCM per il monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza;
- che nel medesimo Accordo si prevede il coinvolgimento di centri di documentazione e altri enti nelle varie regioni italiane, per la raccolta e catalogazione degli interventi;
- che il Centro _____ ha maturato un'ampia esperienza in quest'ambito, ha uno specifico interesse scientifico nella ricerca e può curare la ricognizione dei progetti e degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti effettuati nella Regione _____;

CONSIDERATO:

che è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione;

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 (nel seguito ASL 5) della Regione Piemonte, P. I. 02704350012, in qualità di Ente gestore del Centro Regionale di Documentazione DoRS (di seguito DoRS), nella persona del Direttore Amministrativo dott. Carlo MARINO, nato a Novara (NO) il 08.11.1948, in virtù di delega del Legale Rappresentante in data 12.03.2007, domiciliato ai fini della presente convenzione presso la sede legale dell'A.S.L. in Collegno (TO), Via Martiri XXX Aprile n. 30

E

Il (nome dell'ente)-, (cod.fisc. _____), con sede in _____, Via _____ n. ..., in qualità di Ente gestore del centro _____ (di seguito Centro), nella persona del _____, nato a..... il.....

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 (Oggetto)

1. Oggetto del presente accordo di collaborazione è la ricognizione degli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti effettuati nella Regione _____, attraverso l'effettuazione delle seguenti attività:
 - Censimento delle esperienze e degli interventi educativo-informativi di prevenzione e promozione della salute
 - Raccolta, analisi e sintesi delle informazioni riguardanti i progetti e gli interventi censiti
 - Catalogazione dei progetti e degli interventi censiti attraverso la banca dati ProSa di DoRS.
 - Partecipazione all'analisi della documentazione e alla produzione di un report sulla ricognizione e le buone pratiche individuate.

Art. 2 (Durata)

1. L'accordo ha durata di 9 mesi a decorrere dalla data della lettera dell'ASL 5 di comunicazione di avvenuta approvazione dell'accordo.
2. Il Centro dovrà provvedere all'avvio delle attività immediatamente dopo la comunicazione di cui al comma 1 e dovrà completare le fasi di censimento, raccolta e catalogazione entro i primi 6 mesi..

Art. 3 (Verifiche e relazioni sull'attività)

1. Al fine di monitorare lo svolgimento delle attività di cui all'art. 1, nonché in relazione ad eventuali esigenze sopravvenute, il Centro entro trenta giorni dalla scadenza di ogni trimestre trasmette al Centro di documentazione DoRS un rapporto tecnico. Nel caso in cui la presentazione dei rapporti sulle attività svolte non possa avvenire nei tempi prestabiliti, è facoltà dell'ASL 5 – sentito il Ministero della Salute - concedere un'apposita proroga, previa formale e motivata richiesta da parte del Centro .La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità, non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 4
(Uso degli elaborati)

1. Il Ministero della Salute potrà disporre degli elaborati di cui all'art. 3 per qualunque uso, compresa la pubblicazione di dati e notizie inerenti i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto.
2. Eventuali pubblicazioni dei risultati delle attività di cui all'art. 1 da parte dell'Ente gestore del Centro o altro Ente o istituzione nella Regione di appartenenza, dovranno essere concordate preventivamente con il Ministero e dovranno recare l'indicazione che il lavoro è stato svolto grazie al finanziamento del Ministero, riportando gli estremi dello stesso: "capitolo 4393/2004 - CCM".
3. I dati generati dai flussi informativi previsti dalle attività oggetto del presente accordo e i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto saranno pubblicati in appositi spazi del sito web del Ministero della Salute, oltre che sulla banca dati ProSa di DoRS

Art. 5
(Responsabile e referente delle attività)

1. Il Centro identifica, quale responsabile delle attività oggetto del presente accordo....., lo stesso assicurerà il collegamento operativo con il Centro di documentazione DoRS.
2. L'ASL 5 identifica la dott.ssa M.Elena Coffano quale referente delle attività oggetto del presente accordo; la stessa assicurerà il collegamento operativo con il Centro e il monitoraggio del presente accordo.
3. L'ASL 5 e il Centro si riservano il diritto di identificare altri referenti in caso di assenza e/o impedimento dei referenti di cui ai commi 1 e 2.

Art. 6
(Corrispettivo)

1. Per le attività di cui all'art. 1 è stabilito a favore del Centro un finanziamento complessivo massimo di euro 30.000,00, comprensivo di qualsiasi spesa ed onere sostenuti dal Centro. Tale importo verrà così ripartito:
 - a) il 70%, pari a euro 21.000,00, successivamente al versamento delle somme all'ASL 5 da parte del Ministero delle Salute, all'approvazione della presente convenzione da parte degli Organi competenti per il Centro e all'avvio delle attività da parte del Centro;
 - b) il restante 30%, pari a euro 9.000,00, alla scadenza del presente accordo e previa approvazione del rendiconto tecnico e finanziario finale da parte dell'ASL 5.
2. L'erogazione del 30% a saldo è subordinata alla verifica dell'espletamento delle attività di cui all'art.1 entro la scadenza della presente convenzione, con esclusione di eventuali proroghe richieste e/o concesse.

Art. 7
(Sospensione dei pagamenti. Risoluzione)

1. E' espressamente convenuto che il presente accordo si risolve qualora l'ASL 5 accerti che lo svolgimento delle attività di cui all'art. 1 non avvenga, per qualsiasi causa,

secondo i tempi e le modalità dell'accordo. In tale caso il Centro ha l'obbligo di provvedere alla restituzione delle somme erogate, fatte salve le spese effettivamente sostenute.

Il presente accordo verrà registrato in caso d'uso, a cura e spese della parte richiedente.

Il presente accordo si compone di 7 articoli, e di un allegato, e viene redatto in due originali. Letto, approvato e sottoscritto

PER

PER L'ASL 5
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Carlo MARINO

ALLEGATO B

CONVENZIONE PER LA REALIZZAZIONE DEL PROGETTO DI MONITORAGGIO DEI COMPORAMENTI E METODICHE PREVENZIONE NELL'ADOLESCENZA NELL'AMBITO DEI PROGRAMMI DI PREVENZIONE COORDINATI DAL CENTRO NAZIONALE PER LA PREVENZIONE E IL CONTROLLO DELLE MALATTIE (CCM).

PREMESSO:

- che nel programma 2006 del Centro Nazionale per la Prevenzione ed il Controllo delle Malattie (CCM), approvato con Decreto Ministeriale 18 ottobre 2006 (vedi allegato A), tra i progetti "innovativi", è previsto il "monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione" nell'"adolescenza", che prevede tra le attività da programmare, la raccolta di informazioni su tutti gli interventi di prevenzione rivolti agli adolescenti, che si effettuano nelle Regioni italiane;
- che tale monitoraggio prevede la collaborazione tra enti e centri di documentazione delle diverse regioni;
- che l'ASL 5 quale Ente gestore del Centro di Documentazione per la Promozione della Salute – DORS, ha siglato un Accordo con il Centro Nazionale Controllo delle Malattie (CCM) presso il Ministero della Salute, per la realizzazione di una ricognizione e raccolta di informazioni su tutti gli interventi di prevenzione rivolti all'adolescenza realizzati a livello nazionale, nell'ambito del programma del CCM per il monitoraggio dei comportamenti e metodiche di prevenzione nell'adolescenza:
- che nel medesimo Accordo si prevede il coinvolgimento di centri di documentazione e altri enti nelle varie regioni italiane, per la raccolta e catalogazione degli interventi;
- che il Dipartimento _____ ha maturato un'ampia esperienza in quest'ambito, ha uno specifico interesse scientifico e didattico nella ricerca e può curare la ricognizione dei progetti e degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti effettuati nella Regione _____;

CONSIDERATO:

che è necessario disciplinare gli aspetti operativi e finanziari della predetta collaborazione;

TRA

l'Azienda Sanitaria Locale n. 5 (nel seguito ASL 5) della Regione Piemonte, P. I. 02704350012, in qualità di Ente gestore del Centro Regionale di Documentazione DoRS (di seguito DoRS), nella persona del Direttore Amministrativo dott. Carlo MARINO, nato a Novara (NO) il 08.11.1948, in virtù di delega del Legale Rappresentante in data 12.03.2007, domiciliato ai fini della presente convenzione presso la sede legale dell'A.S.L. in Collegno (TO), Via Martiri XXX Aprile n. 30

E

Il Dipartimento _____ dell'Università _____,
(cod.fisc. _____), con sede in _____, Via _____ n. _____, nella persona del
_____, nato a..... il....., (di seguito Dipartimento)

SI CONVIENE QUANTO SEGUE

Art. 1 (Oggetto)

1. Oggetto del presente accordo di collaborazione è la ricognizione degli interventi di prevenzione rivolti gli adolescenti effettuati nella Regione _____, attraverso l'effettuazione delle seguenti attività:
 - censimento delle esperienze e degli interventi educativo-informativi di prevenzione e promozione della salute;
 - raccolta, analisi e sintesi delle informazioni riguardanti i progetti e gli interventi censiti;
 - catalogazione dei progetti e degli interventi censiti attraverso la banca dati ProSa di DoRS;
 - partecipazione all'analisi della documentazione e alla produzione di un report sulla ricognizione e le buone pratiche individuate.

Art. 2 (Durata)

1. L'accordo ha durata di 9 mesi a decorrere dalla data della lettera dell'ASL 5 di comunicazione di avvenuta approvazione dell'accordo.
2. Il Dipartimento dovrà provvedere all'avvio delle attività immediatamente dopo la comunicazione di cui al comma 1 e dovrà completare le fasi di censimento, raccolta e catalogazione entro i primi 6 mesi.

Art. 3 (Verifiche e relazioni sull'attività)

1. Al fine di monitorare lo svolgimento delle attività di cui all'art. 1, nonché in relazione ad eventuali esigenze sopravvenute, il Dipartimento entro trenta giorni dalla scadenza di ogni trimestre trasmette al Centro di documentazione DoRS un rapporto tecnico.
2. Nel caso in cui la presentazione dei rapporti sulle attività svolte non possa avvenire nei tempi prestabiliti, è facoltà dell'ASL 5 – sentito il Ministero della Salute - concedere un'apposita proroga, previa formale e motivata richiesta da parte del Dipartimento. La concessione della proroga, che sarà subordinata alla riconosciuta sussistenza di ragioni di necessità ed opportunità, non costituisce, comunque, motivo di maggiorazione del finanziamento.

Art. 4
(Uso degli elaborati)

1. Il Ministero della Salute potrà disporre degli elaborati di cui all'art. 3 per qualunque uso, compresa la pubblicazione di dati e notizie inerenti i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto.
2. Il Dipartimento potrà ampliare l'ambito della ricognizione ed effettuare elaborazioni supplementari sui dati per le proprie finalità didattiche e di ricerca.
3. Eventuali pubblicazioni dei risultati delle attività di cui sopra da parte dell'Università, del Dipartimento o di altro Ente o istituzione nella Regione di appartenenza, dovranno essere concordate preventivamente con il Ministero e dovranno recare l'indicazione che il lavoro è stato svolto grazie al finanziamento del Ministero, riportando gli estremi dello stesso: "capitolo 4393/2004 - CCM".
 1. I dati generati dai flussi informativi previsti dalle attività oggetto del presente accordo e i risultati raggiunti con la realizzazione del progetto saranno pubblicati in appositi spazi del sito web del Ministero della Salute, oltre che sulla banca dati ProSa di DoRS.

Art. 5
(Responsabile e referente delle attività)

1. Il Dipartimento identifica, quale responsabile delle attività oggetto del presente accordo,.....; lo stesso assicurerà il collegamento operativo con il Centro di documentazione DoRS.
2. L'ASL 5 identifica la dott.ssa M.Elena Coffano quale referente delle attività oggetto del presente accordo; la stessa assicurerà il collegamento operativo con il Dipartimento e il monitoraggio del presente accordo.
3. L'ASL 5 e il Dipartimento si riservano il diritto di identificare altri referenti in caso di assenza e/o impedimento dei referenti di cui ai commi 1 e 2.

Art. 6
(Finanziamento)

1. Per le attività di cui all'art. 1 è stabilito a favore del Dipartimento un finanziamento complessivo massimo di € 30.000,00, comprensivo di qualsiasi spesa ed onere sostenuti dal Dipartimento. Tale importo verrà così ripartito:
 - a) il 70%, pari a euro 21.000,00, successivamente al versamento delle somme all'ASL 5 da parte del Ministero delle Salute, all'approvazione della presente convenzione da parte degli Organi competenti per il Dipartimento ed all'avvio delle attività da parte del Dipartimento stesso;
 - b) il restante 30%, pari a euro 9.000,00, alla scadenza del presente accordo e previa approvazione del rendiconto tecnico e finanziario finale da parte dell'ASL 5.
2. L'erogazione del 30% a saldo è subordinata alla verifica dell'espletamento delle attività di cui all'art.1 entro la scadenza della presente convenzione, con esclusione di eventuali proroghe richieste e/o concesse.

Art. 7
(Sospensione dei pagamenti. Risoluzione)

1. E' espressamente convenuto che il presente accordo si risolve qualora l'ASL 5 accerti che lo svolgimento delle attività di cui all'art. 1 non avvenga, per qualsiasi causa, secondo i tempi e le modalità dell'accordo. In tale caso il Dipartimento ha l'obbligo di provvedere alla restituzione delle somme erogate, fatte salve le spese effettivamente sostenute.

Il presente accordo verrà registrato in caso d'uso, a cura e spese della parte richiedente.

Il presente accordo si compone di 7 articoli, e di un allegato, e viene redatto in due originali.
Letto, approvato e sottoscritto

PER IL DIPARTIMENTO

PER L'ASL 5
IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO
Dott. Carlo MARINO

ALLEGATO C: scheda rilevazione dei progetti predisposta da DoRS

SCHEDA PROGETTO	
<p>Progetto può essere inserito quando è:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. in fase di redazione/preparazione (quando esiste un gruppo progettuale) 2. in fase di realizzazione parziale e terminata 3. in fase di redazione della relazione conclusiva comprensiva della valutazione di processo/risultato 4. ricostruito "ex-post", quando non sia presente in vero e proprio documento progettuale <p>La scheda raccoglie i dati essenziali del progetto. I documenti descrittivi (progetto, relazioni intermedie/finali, materiali didattici/comunicativi, programmi e materiali formativi, siti web, ecc.).</p>	
CAMPI	COMMENTI
FASE	<ul style="list-style-type: none"> • Redazione/Preparazione • Realizzazione • Redazione relazione conclusiva con valutazione di processo/risultato • Terminato
PUBBLICATO	Si riferisce alla possibilità di non rendere visibile <i>online</i> il testo del progetto finché i contenuti della scheda non siano definitivi e validati.
CODICE	Si tratta di un numero progressivo di quattro cifre attribuito automaticamente dal sistema preceduto dalla lettera P (Progetto)
TITOLO	Campo obbligatorio. Se non esiste un titolo, bisogna ricavarlo dal progetto, perché un titolo serve come collegamento per la visualizzazione del documento
ENTI COINVOLTI (elenco multiplo)	<ul style="list-style-type: none"> • Categoria (scuola, università, associazione, ASL, ecc.) in elenco chiuso • Modalità di coinvolgimento <ul style="list-style-type: none"> ○ Come promotore ○ In fase progettuale ○ In fase di realizzazione ○ In fase di valutazione • Spazio libero per mettere nome e specifiche.
RESPONSABILI (elenco multiplo)	<p>Nel modulo per l'acquisizione di indirizzi vanno inseriti SOLO dati che si riferiscono a enti, istituzioni, servizi, associazioni che svolgono funzione pubblica o hanno rilevanza pubblica e non indirizzi, numeri telefonici o cellulari privati.</p> <ul style="list-style-type: none"> • cognome e nome • professione • ente • indirizzo • tel. • E-mail
CONTATTI PER APPROFONDIMENTI	Ulteriori riferimenti di persone o enti (non compresi nei responsabili di progetto) che possono fornire approfondimenti
ANNO EDIZIONE	E' l'anno della prima edizione o redazione del progetto.

LUOGO EDIZIONE	<ul style="list-style-type: none"> • Regione (riconosciuta automaticamente attraverso la password) • Provincia (scelta unica) <p>N.B. Se il progetto coinvolge più province è possibile omettere l'indicazione. Prevedere per il futuro la scelta multipla?</p>
SETTING PRINCIPALI E SETTING COMPLEMENTARI (elenco multiplo)	<ul style="list-style-type: none"> • luoghi del tempo libero (oratorio, circoli ricreativi e associazioni, parchi, discoteche...) • luoghi per attività sportive (parchi attrezzati, palestre, piscine, stadi, sedi di associazioni sportive...) • ambienti di lavoro • ambiente scolastico (comprende tutti gli ordini di scuola e l'Università) • ambienti di vita (abitazione, strutture residenziali, comunità terapeutiche...) • servizi sanitari (ambulatorio, ospedale, studio del MMG/PLS, case di cura...) • luoghi informali (strada, mercato, luoghi di "prossimità"...) • Comunità (complesso di interventi che riguardano un territorio, la popolazione nel suo complesso o gruppi di popolazione, e possono riguardare setting diversi).
DESTINATARI FINALI E DESTINATARI INTERMEDI (elenco multiplo)	<ul style="list-style-type: none"> • 0-2 anni • 3-5 anni • 6-10 anni • 11-13 anni • 14-18 anni • 19-24 anni • giovani • adulti • genitori e famiglie • anziani • operatori scolastici (insegnanti e altri operatori della scuola) • operatori sanitari (medici, psicologi, infermieri, tecnici...) • operatori socio-assistenziali (assistenti sociali, educatori, mediatori...) • altri professionisti del settore pubblico (es. operatori polizia municipale ecc. coinvolti in progetti nel ruolo di educatori, facilitatori, mediatori...) • altri professionisti del settore privato (operatori discoteche, istruttori scuola guida, ecc., coinvolti in progetti nel ruolo di educatori, facilitatori, mediatori...) • genere (progetti che sono fortemente caratterizzati nel rivolgersi ad un genere specifico: uomini – donne) • lavoratori • immigrati • volontari • diversamente abili • fasce deboli (senza fissa dimora, disoccupati...) • popolazione generale • portatori di patologie • amministratori e politici
ABSTRACT	<p>Lunghezza max 20/30 righe Struttura: vedi specifiche negli strumenti operativi.</p>

AZIONI (elenco multiplo)	<p>Costruire una politica pubblica per la salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento politico-organizzativo (riportare nella maschera di caricamento gli esempi indicati nella voce) <p>Creare ambienti favorevoli alla salute</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento ambientale <p>Dare forza all'azione della comunità</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento di sviluppo di comunità <p>Sviluppare le abilità personali</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento informativo/comunicativo • intervento formativo • intervento educativo <p>Riorientare i servizi sanitari</p> <ul style="list-style-type: none"> • intervento di riorientamento servizi sanitari
DESCRITTORI (elenco multiplo)	<p>È stato individuato un elenco di 216 descrittori, tratto dal thesaurus europeo di Promozione della Salute, che "riassume" le aree tematiche rendendo più semplice la catalogazione e più agevole la consultazione.</p>
ALLEGATI E RIFERIMENTI	<p>Si possono indicare riferimenti web e allegare file in qualunque formato elettronico (salvo quelli proibiti dagli antivirus: .exe; .com; .bat; pif).</p> <p>Il limite di grandezza per ogni file è di 2Mb.</p> <p>Sono consigliati file .zip per l'assemblaggio di documenti omogenei.</p> <p>Ogni allegato o riferimento può essere corredato di</p> <ul style="list-style-type: none"> • Una descrizione libera • Una voce standard <ul style="list-style-type: none"> ○ Documento progettuale ○ Relazione analisi dei bisogni/diagnosi educativa ○ Relazione stato di avanzamento ○ Relazione finale ○ Materiale formativo/educativo ○ Materiale di comunicazione e informazione ○ Questionario ○ Scheda/griglia osservazione
<p>Informazioni specifiche per il Progetto Guadagnare Salute negli Adolescenti (non pubblicate in Banca Dati Pro.Sa. PIEMONTE)</p>	
AREE TEMATICHE PREVALENTI (elenco multiplo)	<ul style="list-style-type: none"> • Alimentazione • Attività fisica • Dipendenze • Incidenti stradali • Infezioni sessualmente trasmesse
TIPO DI MANDATO (elenco multiplo)	<p>Il progetto è stato realizzato su mandato</p> <ul style="list-style-type: none"> • Obiettivi regionali • Obiettivi aziendali e dalla dirigenza dell'Ente • Obiettivi auto-determinati da un servizio/gruppo • Altro _____
FINANZIAMENTO	<p>Il progetto è stato finanziato da (elenco multiplo)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Legge nazionale (285, 309...) • Legge/Bando regionale • Autofinanziamento • Fondi per l'attività corrente istituzionale • Privati

	<ul style="list-style-type: none"> • Altro _____ Entità complessiva (scelta unica) <ul style="list-style-type: none"> • Fino a 10000 euro • Oltre 10000 e fino a 20000 euro • Oltre 20000 e fino a 30000 euro • Oltre 30000 e fino a 50000 euro • Oltre 50000 euro
DIAGNOSI DI CONTESTO LOCALE	Il progetto ha previsto un'analisi dei comportamenti dei destinatari del progetto a livello locale? <ul style="list-style-type: none"> • Analisi con metodi quantitativi (es. questionari standardizzati) • Analisi con metodi qualitativi (es. focus group) • Analisi con metodi quanti- e qualitativi • Non è stata condotta un'analisi del contesto locale • Sono stati utilizzati solo dati di un livello superiore (regionale, nazionale...) • Altro _____
MODELLI TEORICI	Il progetto ha esplicitato i modelli teorici usati per la progettazione e per il cambiamento dei comportamenti? <ul style="list-style-type: none"> • I modelli e/o gli autori di riferimento sono esplicitati chiaramente • I modelli e/o gli autori sono dichiarati in maniera non chiara o confusa • I modelli e/o gli autori di riferimento non sono dichiarati
BUONE PRATICHE E PROVE DI EFFICACIA	Il progetto cita e trasferisce nel proprio disegno e nella sua realizzazione esempi di buona pratica e/o prove di efficacia? <ul style="list-style-type: none"> • SI • NO • Il progetto cita in maniera non chiara e confusa
VALUTAZIONE DI PROCESSO	<ul style="list-style-type: none"> • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di processo e li ha resi disponibili in formato cartaceo e/o elettronico o con un riferimento bibliografico o con un link al web • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di processo, ma non li ha resi disponibili • Il progetto ha condotto una valutazione, senza aver previsto un piano di valutazione in fase progettuale • Il progetto non ha condotto una valutazione di processo
VALUTAZIONE DI RISULTATO	<ul style="list-style-type: none"> • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di risultato e li ha resi disponibili in formato cartaceo e/o elettronico o con un riferimento bibliografico o con un link al web • Il progetto ha previsto e condotto una valutazione di risultato, ma non li ha resi disponibili • Il progetto ha condotto una valutazione, senza aver previsto un piano di valutazione in fase progettuale • Il progetto non ha condotto una valutazione di risultato
RICOGNIZIONE	Riconosciuta automaticamente attraverso la password <ul style="list-style-type: none"> • Ministero CCM Progetto Adolescenti • Regione Piemonte BANDI HP 1 • Regione Piemonte BANDI HP 2 • Regione Piemonte PPA Incidenti stradali • Regione Piemonte PPA Obesità • Altre (password generiche)

Allegato c1: Scheda rilevazione DoRS per gli interventi (associati ai progetti)

SCHEDA INTERVENTO (associato a progetto)	
<ul style="list-style-type: none"> • Un progetto può essere realizzato attraverso un unico intervento o più interventi effettuati in luoghi diversi (scuola, struttura sportiva, oratorio) e/o in anni diversi. • Quando un progetto non è ancora realizzato, si compila la scheda progetto e non si compila la scheda dell'intervento. • Quando gli interventi sono diversi (educativo se rivolto ai destinatari finali, formativo se rivolto ai destinatari intermedi, ambientale se di cambiamento "fisico" del contesto in cui avviene l'intervento...), si compila una scheda per ogni intervento. • Se lo stesso progetto è stato realizzato allo stesso modo in 20 scuole, inserirò il numero dei destinatari e metterò nelle note che si è svolto in 20 scuole diverse. 	
PUBBLICATO	Si riferisce alla possibilità di non rendere visibile online il testo dell'intervento finché i contenuti della scheda non siano definitivi e validati.
CODICE	Si tratta di un numero progressivo di quattro cifre attribuito automaticamente dal sistema preceduto dalla lettera I (Intervento)
TIPO INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Informativo (trasmissione di informazioni/conoscenze con modalità uni-direzionale: lezione, conferenza, convegno...) • Comunicativo (trasmissioni di informazioni/conoscenze, di motivazione al cambiamento o di rinforzo di un comportamento tramite materiali –pieghevoli, opuscoli, locandine, cd-rom, siti web...-, campagne di comunicazione, interventi di marketing sociale...) • Formativo (acquisizione e potenziamento di competenze, abilità e tecniche tramite corsi, laboratori, programmi formativi...) • Educativo (educazione ad un comportamento, stile di vita tramite attività didattico-educative a scuola, educazione terapeutica o counselling nel setting sanitario, peer education...) • Politico-organizzativo (aumento di accessibilità di un servizio – consultorio dedicato agli adolescenti-, proposta di un POF dichiaratamente orientato alla salute/benessere, modifica del menu della mensa affinché sia più appetibile e promuova verdura e frutta..., bar interno alla scuola o alla ditta/azienda che promuove cibi salutari...) • Sviluppo di comunità (ricerca-azione con i destinatari intermedi e finali con il coinvolgimento dei vari attori di un setting e/o con la comunità/territorio...) • Ambientale (modifica strutturale di un setting o di un territorio: modifica dell'ambiente fisico della mensa – colori pareti, arredamento, piante, musica...-, modifica del tragitto casa-scuola-lavoro con percorsi pedonabili e ciclabili sicuri...) • Altro (specificare)
TITOLO	Assume lo stesso titolo del Progetto a cui è associato.
PERIODO	Si tratta di due date che delimitano l'arco temporale dell'intervento. E' necessario inserire le date in formato ggmmaaaa (es. 14082007)
COMUNI (elenco multiplo)	Indicazione dei comuni nei quali l'intervento è stato effettuato. Il riferimento è la tabella ISTAT, con la quale è possibile risalire a provincia e regione.
SETTING (elenco multiplo)	Come SCHEDA PROGETTO senza distinzione tra principali e complementari
DESTINATARI	Come SCHEDA PROGETTO senza distinzione tra finali e intermedi

(elenco multiplo)	ma con la possibilità di indicare <ul style="list-style-type: none"> • Numero di persone coinvolte • Specificazione dei destinatari
NUMERO EDIZIONI	Si riferisce alla possibilità di replicare l'intervento più volte nello stesso periodo indicato.
NUMERO ORE SINGOLO INTERVENTO	
OPERATORI IMPEGNATI NELL'INTERVENTO	Come RESPONSABILI in scheda Progetto
NOTE INTEGRATIVE	Descrivere eventuali specificazioni o approfondimenti che connotano l'intervento (max 20/30 righe)
ALLEGATI E RIFERIMENTI	Come SCHEDA PROGETTO

Allegato c2: scheda rilevazione DoRS per gli interventi informativo-comunicativi

SCHEDA INTERVENTO INFORMATIVO-COMUNICATIVO	
	<ul style="list-style-type: none"> • Un intervento può essere realizzato attraverso un unico intervento o più interventi effettuati in luoghi diversi (scuola, struttura sportiva, oratorio) e/o in anni diversi. • Se lo stesso intervento è stato realizzato allo stesso modo in 20 scuole, inserirò il numero dei destinatari e metterò nelle note che si è svolto in 20 scuole diverse.
PUBBLICATO	Si riferisce alla possibilità di non rendere visibile <i>online</i> il testo del progetto finché i contenuti della scheda non siano definitivi e validati.
CODICE	Si tratta di un numero progressivo di quattro cifre attribuito automaticamente dal sistema preceduto dalla lettera I (Intervento)
TIPO INTERVENTO	<ul style="list-style-type: none"> • Informativo (trasmissione di informazioni/conoscenze con modalità uni-direzionale: lezione, conferenza, convegno...) • Comunicativo (trasmissioni di informazioni/conoscenze, di motivazione al cambiamento o di rinforzo di un comportamento tramite materiali -pieghevoli, opuscoli, locandine, cd-rom, siti web, ecc. -, campagne di comunicazione, interventi di marketing sociale...)
TITOLO	Campo obbligatorio. Se non esiste un titolo, bisogna ricavarlo dal contenuto/abstract dell'intervento, perché un titolo serve come collegamento per la visualizzazione del documento
PERIODO	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto
COMUNI	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto
SETTING	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto
DESTINATARI	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto
NUMERO EDIZIONI	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto
NUMERO ORE SINGOLO INTERVENTO	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto
OPERATORI IMPEGNATI NELL'INTERVENTO	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto
ABSTRACT	Lunghezza max 20/30 righe Struttura: vedi specifiche negli strumenti operativi.
ALLEGATI E RIFERIMENTI	Come scheda INTERVENTO associato a Progetto

ALLEGATO D: aggiornamento ricognizione Liguria (al 30 giugno 2009)



Via Ravasco, 10 – sesto piano

16121 - Genova

Tel. 010/5484162 - Fax 010/5484147

C.F. 95113490106 – P.IVA 01784930990

ars@regione.liguria.it

**REPORT DELLE ATTIVITÀ DEL CENTRO DI DOCUMENTAZIONE IN PREVENZIONE E
PROMOZIONE ALLA SALUTE AL 30.06.2009**

A cura di Nadia Schichter (responsabile del progetto) e Chiara Barbieri (documentalista)

Premessa

A febbraio 2007 ha preso avvio una ricognizione dei progetti e degli interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti per la realizzazione del progetto "Centri di Documentazione – attività di ricognizione dei progetti ed interventi di prevenzione e promozione della salute negli adolescenti nelle Regioni italiane", siglato tra il Ministero della Salute - Centro per il Controllo delle Malattie (CCM) e l'allora ASL 5 della Regione Piemonte (oggi ASL TO 3).

Il progetto – coordinato dal Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute Do.R.S – mira a sviluppare e consolidare una Rete nazionale di Centri di Documentazione per la prevenzione e la promozione della salute, che si ponga come uno strumento per la costruzione di una programmazione unitaria, su

tutto il territorio nazionale, di interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti.

La necessità di disporre di un simile strumento nasce dalla considerazione che:

«[...] la diffusione degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli adolescenti attivati sul territorio nazionale è ancora complessivamente insufficiente, frammentata e disarticolata. Gli interventi sono brevi, spesso solo informativi, senza continuità di programmazione; hanno un carattere isolato, settoriale, locale e manca integrazione tra i servizi sanitari, educativi e di volontariato, che di volta in volta ne sono i promotori, con il rischio di una dispersione dei saperi maturati, oltre che materiali prodotti nel corso dei progetti stessi. [...] i progetti di prevenzione e promozione della salute rivolti ai giovani continuano ad essere attuati quasi esclusivamente nella scuola, mentre gli ambiti extrascolastici sono spesso ancora esclusi dalla programmazione limitando così la possibilità di raggiungere una quota importante della popolazione giovanile. È assente un disegno unitario coordinato e multisetoriale dei programmi di prevenzione.».

(“Guadagnare salute negli adolescenti. Progetto Adolescenti Piemonte”)

Al primo anno di realizzazione della Rete nazionale di Centri di documentazione hanno partecipato 15 Regioni (Abruzzo, Calabria, Campania, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia, Lazio, Lombardia, Marche, Piemonte, Puglia, Sardegna, Sicilia, Toscana, Umbria e Veneto), chiamate a svolgere una duplice attività:

- 1) ricognizione di tutte le iniziative di prevenzione e promozione della salute rivolte agli adolescenti-giovani in tema di abitudini alimentari, attività fisica, infezioni sessualmente trasmesse, consumo di droghe e alcol, incidenti stradali, salute mentale e promozione del benessere (*life skills*), al fine di: a) avere una rappresentazione il più vicina possibile alla realtà del paese, b) individuare *chi sta facendo cosa e in quale modo* in materia, c) acquisire, ai fini dell'analisi e dell'archiviazione, i materiali dei progetti.

- 2) rassegna della letteratura scientifica (nazionale e internazionale) esistente, al fine di identificare gli interventi di provata efficacia destinati agli adolescenti negli ambiti tematici scelti.

La Regione Liguria, rappresentata dall'Agenzia Regionale Sanitaria – ARS Liguria, ha aderito, l'anno seguente, al progetto di sviluppo e consolidamento della rete dei Centri di documentazione. Per l'espletamento delle attività oggetto di convenzione ARS Liguria ha individuato due figure professionali: la Dott.ssa Nadia Schichter - responsabile dell'area educazione sanitaria in ARS e responsabile del Progetto per la Liguria - che ha supervisionato l'organizzazione della ricognizione e raccolta dei materiali e, la Dott.ssa Chiara Barbieri – documentalista - che ha concretamente realizzato l'attività di ricognizione e l'inserimento dei progetti in banca dati.

L'organizzazione della raccolta

Il Centro di Documentazione ha iniziato le attività a gennaio 2009, quando è partita la ricognizione delle iniziative di prevenzione e promozione della salute da inserire in banca dati.

Le modalità di pubblicità dell'iniziativa sono state pensate e condivise all'interno del gruppo di lavoro composto dai referenti di educazione alla salute delle 5 ASL liguri (che si riunisce in ARS con cadenza mensile) e, con cui è stato deciso di dare comunicazione dell'avvio dell'iniziativa:

- al Dipartimento Regionale di Prevenzione, Igiene e Sanità Pubblica,
- alle Direzioni delle Aziende sanitarie liguri, cui è stato chiesto di dare informazione dell'avvio della ricognizione all'interno della propria Azienda per il tramite dei rispettivi referenti aziendali per l'educazione alla salute.

Con il medesimo gruppo di lavoro è stato inoltre deciso di:

- 1) allargare la ricognizione ai progetti destinati a bambini di età inferiore agli 11 anni, ritenendo importante supportare e stimolare l'attivazione di progetti in fasce di età minori, partendo dalla considerazione che investendo in prevenzione nei bambini in età scolare si avranno futuri adolescenti "esperti" in promozione della salute;
- 2) inserire in banca dati tutti i progetti pervenuti in ARS, anche quelli non completi in ogni parte (obiettivi, metodologia, piano operativo e valutazione).

Per la ricognizione delle iniziative sono stati presi contatti con:

- 1) i Responsabili dei Dipartimenti delle ASL.

- 2) I referenti dei progetti inseriti nella banca dati del Formez.
- 3) I Direttori Sociali dei Distretti Socio Sanitari, cui è stato chiesto di comunicare l'iniziativa ai Servizi Sociali dei Comuni compresi nel territorio del proprio Distretto, invitandoli a prendere contatto con l'ARS.
- 4) Il Direttore Generale dell'Ufficio Scolastico Regionale, i Dirigenti e i Referenti per l'Educazione alla salute dei quattro Uffici Scolastici Provinciali, cui è stato chiesto di comunicare l'iniziativa alle Istituzioni Scolastiche Autonome di riferimento, invitandole a prendere contatto con l'ARS.
- 5) I Prefetti delle quattro Prefetture – Uffici Territoriali del Governo, per coinvolgere i rispettivi Nuclei Operativi Tossicodipendenze (NOT).
- 6) I Presidenti dei Centri Servizi al Volontariato delle quattro Province, cui è stato chiesto di fare da tramite con le Associazioni di Volontariato attive nei settori d'interesse della ricognizione.
- 7) I Presidenti delle Cooperative sociali operanti negli ambiti d'interesse.

Il progetto è stato inoltre pubblicizzato nel sito web di ARS Liguria e, al fine di favorire la divulgazione dell'iniziativa e di raccogliere consensi e collaborazioni, in data 15 gennaio, ARS Liguria ha partecipato, con un proprio stand espositivo, al Convegno "Crescere sicuri a scuola, in famiglia, nella comunità" organizzato dal Comune di Genova con la collaborazione dell'ASL 3 Genovese, l'Ufficio Scolastico della Provincia di Genova e l'Università degli Studi di Genova – Facoltà di Scienze della Formazione.

I contatti sono avvenuti prevalentemente per via elettronica (e-mail) e, solo in limitate eccezioni, per posta ordinaria. Gli strumenti usati al momento del contatto sono stati:

1. Lettera, di tipo informativo, inviata ai rappresentanti istituzionali dei diversi enti contattati, con la finalità di comunicare l'avvio del progetto e le relative attività;
2. Lettera indirizzata ai referenti e responsabili delle attività di promozione alla salute per chiedere l'invio dei progetti/interventi realizzati o in corso;
3. Stato dell'arte delle attività eseguite dalle altre Regioni nel primo anno di realizzazione del progetto;
4. Elenco della tipologia di documenti da inviare (documenti progettuali, relazioni - analisi dei bisogni, relazioni stato di avanzamento delle attività, relazioni finali, materiale formativo/educativo, materiale di comunicazione/informazione, questionari, schede/griglie di osservazione, etc.) e delle informazioni da reperire in essi per il relativo inserimento in banca dati tramite compilazione della scheda di rilevazione predisposta e messa a disposizione da Do.R.S.;

5. Scheda di adesione, con cui sono state chieste: informazioni riferite al referente del progetto (nome e cognome, ruolo professionale e contatti istituzionali) e della struttura di appartenenza (denominazione e sede legale); la disponibilità (sì/no) a rendere pubblico il progetto inserito in banca dati; la preventiva disponibilità a sottoporre il progetto a una procedura di valutazione per l'individuazione delle buone pratiche (la risposta negativa ha precluso l'inserimento del progetto in banca dati).

Il materiale è pervenuto in ARS con tre modalità:

- ✓ Invio dei file in formato elettronico,
- ✓ Invio dei documenti cartacei tramite fax o posta ordinaria,
- ✓ Consegna diretta del materiale nelle mani della documentalista, in occasione di apposite riunioni precedentemente programmate con gli operatori.

Analisi delle criticità e dei risultati

Il percorso ad oggi compiuto (30.06.2009) ha portato all'inserimento in banca dati di 63 progetti (di cui 6 prevedono 1 o più interventi associati) e 8 interventi informativi/comunicativi, per un totale di 87 operatori e referenti di progetto coinvolti.

Tale percorso è stato tuttavia connotato da alcune criticità che si ritiene utile segnalare:

- 1) Sovrapposizione delle attività di ricognizione con quelle condotte dal Formez per la predisposizione del proprio Centro di Documentazione: essendo anche questo ricondotto al Progetto "Guadagnare salute", l'attività di ricognizione svolta da ARS Liguria è stata concepita dagli operatori già contattati dal Formez come una duplicazione delle attività già compiute e, pertanto, hanno inizialmente manifestato poca disponibilità a collaborare. Tutto ciò si è tradotto in un maggiore sforzo, da parte del personale impegnato nella ricognizione, per illustrare e far comprendere la differenza degli obiettivi cui i due Centri di Documentazione tendono.
- 2) Proliferazione di iniziative settoriali e scollegate per l'individuazione delle cd. "buone pratiche" (es.: "Le buone pratiche di cura e la prevenzione sociale dei disturbi del comportamento alimentare", "Religo", "*European Standards in Evidence for Drugs Prevention*", etc.) che, in pochi casi si traducono in effettive linee guida suscitando così ulteriore diffidenza negli operatori .

- 3) Resistenze del Terzo Settore a collaborare per la difficoltà di comprendere l'utilità dello strumento/Centro di Documentazione e per la diffidenza a condividere le proprie esperienze e iniziative con gli operatori del settore pubblico.
- 4) Difficoltà a coinvolgere Comuni, Scuole e Prefetture soprattutto per loro difficoltà organizzative interne, riconducibili alle limitate risorse a disposizione (in particolare al personale dedicato alle iniziative) e, in alcuni casi, a una scarsa cultura verso l'integrazione socio-sanitaria.

Tutte queste criticità hanno prodotto, sul piano operativo, un numero limitato di adesioni all'iniziativa (25) a fronte del numero di lettere inviate.

Il percorso intrapreso ha anche prodotto dei risultati positivi su cui porre una particolare enfasi:

- 1) Stimolazione, a seguito della ricognizione, di un'attività di pensiero e di rielaborazione del percorso progettuale compiuto da parte dei referenti dei progetti e degli operatori coinvolti, come dimostrato dalle e-mail scambiate tra gli stessi e inviate per conoscenza alla documentalista da parte di alcuni referenti dei progetti.
- 2) Attivazione di una collaborazione continuativa con alcuni referenti dei progetti (soprattutto dell'ASL 3 Genovese) che, avendo compreso e condividendo l'utilità dello strumento/Centro di documentazione, inviano, appena disponibile, nuovo materiale dei progetti inseriti in banca dati ai fini dell'aggiornamento.
- 3) Sviluppo di un confronto con il mondo della scuola, concretizzatosi in un primo incontro con i referenti per l'educazione alla salute degli Uffici Scolastici Provinciali e delle ASL liguri per analizzare la situazione esistente. Il confronto ha permesso la reciproca conoscenza dal punto di vista dell'organizzazione e delle risorse a disposizione, l'individuazione delle criticità esistenti e la definizione di obiettivi comuni. Prodotto di questa riflessione è stata la decisione di elaborare un Protocollo d'Intesa tra le due parti (scuola e ASL) per individuare una strategia comune per la predisposizione e realizzazione degli interventi di prevenzione e promozione della salute rivolti agli studenti e realizzati nelle scuole.

Analisi dei dati

Dall'analisi dei 63 progetti presenti in banca dati emerge che 56 sono promossi e coordinati da un servizio sanitario (tabella 1: somma dei progetti delle quattro ASL) e,

che Scuola (primaria e secondaria) e Comune sono i soggetti maggiormente coinvolti nella realizzazione delle attività, rispettivamente in 47 e 11 progetti (tabella 2).

TABELLA 1: PROGETTI INSERITI IN BANCA DATI PER ENTE PROMOTORE

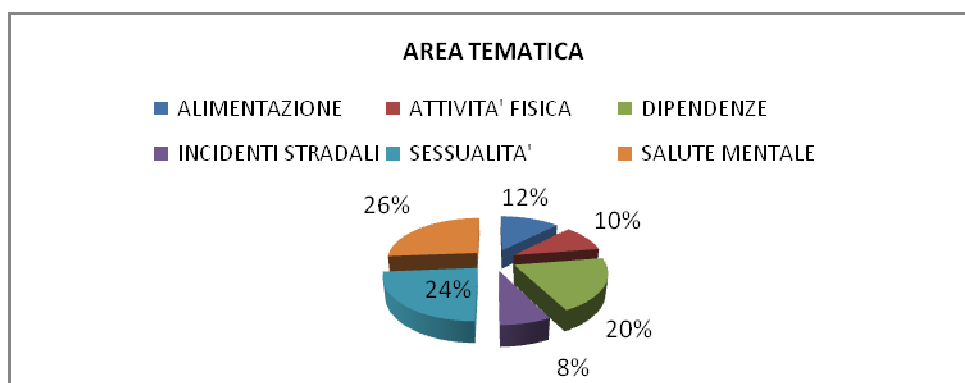
ENTE PROMOTORE	N°
ASL 2	36
ASL 4	13
ASL 3	5
UISP nazionale	3
Comune	2
ASL 5	2
IST	1
Regione	1
Totale complessivo	63

TABELLA 2: ENTI COINVOLTI NELLA REALIZZAZIONE DEI PROGETTI

ENTI COINVOLTI	N°
Scuola	47
Comune	11
Associazioni	7
Altro ente	7
Azienda privata	6
Altri servizi sanitari	5
Cooperative	4
Regione	2
Altri professionisti settore pubblico	1
Università	1
Ministero	1
Altri professionisti settore privato	1
Totale complessivo	63

Per quanto riguarda le aree tematiche considerate, il 26% dei progetti sono realizzati nell'area della promozione della salute mentale e alla promozione del benessere, il 24 % della prevenzione delle malattie sessualmente trasmesse e salute sessuale e il 20% della prevenzione dell'iniziazione al fumo di tabacco, alcol e sostanze di abuso (grafico 1). Fanalino di coda, invece, è rappresentato dalla prevenzione dei comportamenti a rischio e sicurezza stradale (8%).

GRAFICO 1: % DELLE AREE TEMATICHE SUL TOTALE DEI PROGETTI



Considerando i destinatari dei progetti, dalla tabella 3 emerge che i ragazzi tra i 14 e i 18 anni di età sono i destinatari finali prevalenti dei progetti (47) e gli operatori scolastici quelli intermedi (31).

TABELLA 3: DESTINATARI FINALI E INTERMEDI DEI PROGETTI

DESTINATARI	FINALI	INTERMEDI
0-2 anni		
3-5 anni	1	
6-10 anni	3	
11-13 anni	24	
14-18 anni	47	
19-24 anni	13	
Giovani		9
Adulti		8
Genitori e famiglie	5	6
Anziani		

DESTINATARI	FINALI	INTERMEDI
Operatori scolastici	4	31
Operatori socio-assistenziali		6
Altri professionisti settore pubblico		4
Altri professionisti settore privato		2
Genere		3
Lavoratori		
Immigrati		
Volontari		
Diversamente abili		1
Fasce deboli		
Popolazione generale		
Portatori di patologie		7
Operatori sanitari		
Amministratori e politici		4
Totale	97	81

L'ambiente scolastico si conferma essere il *setting* prevalente per la realizzazione dei progetti (47), come indicato nella seguente tabella 4 dove la voce "altro" si riferisce a progetti realizzati in un Centro Enologico, in una Scuola guida e in un'Azienda agricola.

TABELLA 4: PROGETTI PER SETTING

SETTING	N°
Luoghi per il tempo libero	7
Luoghi per attività sportive	3
Ambiente scolastico	47
Servizi sanitari	8
Luoghi informali	8
Comunità	6
Altro	3

Considerando, infine, la tipologia di interventi risulta che 41 progetti realizzano un intervento di tipo informativo-comunicativo, 33 di tipo formativo e 17 di tipo educativo (tabella 5). Si tiene a precisare che 44 progetti realizzano interventi multipli.

TABELLA 5: PROGETTI PER TIPOLOGIA DI INTERVENTO

TIPOLOGIA DI INTERVENTO	N°
Politico-organizzativo	4
Ambientale	1
Di sviluppo di comunità	7
Informativo/comunicativo	41
Formativo	33
Educativo	17
Di riorientamento servizi sanitari	1

Conclusioni

Da una analisi più dettagliata dei progetti presenti in banca dati emerge una insufficiente cultura alla non documentazione. Come si può vedere dalla tabella 6, su 63 progetti inseriti solo 22 sono corredati da documenti progettuali e 21 hanno prodotto materiali di vario genere a seguito delle attività svolte (relazioni dell'analisi dei bisogni, opuscoli, relazioni finali, etc.). Inoltre, dei 22 progetti muniti di documento progettuale solo 2 esplicitano in esso i modelli teorici di riferimento e, solo 1 dei due cita anche esempi di buone pratiche/prove di efficacia.

TABELLA 6: N. PROGETTI CORREDATI DA DOCUMENTO PROGETTUALE E ALTRA TIPOLOGIA DI DOCUMENTI, N. PROGETTI CHE FANNO RIFERIMENTO A MODELLI TEORICI, BUONE PRATICHE/PROVE DI EFFICACIA

	DOCUMENTO PROGETTUALE	ALTRI TIPI DI DOCUMENTI	RIFERIMENTO A MODELLI TEORICI	RIFERIMENTO A BUONE PRATICHE/PROVE DI EFFICACIA
Sì	22	21	2	1
No	41	42	61	62

Da un'ulteriore analisi emerge una scarsa cultura alla valutazione, sia di processo (è stata eseguita solo dal 34% dei progetti inseriti come evidenza il grafico 2) sia di risultato (eseguita dal 19% dei progetti come da grafico 3). A conferma di ciò, la diagnosi di contesto è stata eseguita solo dal 17% dei progetti che, hanno eseguito un'analisi dei comportamenti dei destinatari tramite l'utilizzo di strumenti quantitativi (es. questionario) nel 3% dei casi e tramite strumenti quantitativi/qualitativi (es. questionario, *focus group*) nel 14% di essi (grafico 4).

GRAFICO 2: % DI PROGETTI CHE HANNO CONDOTTO UNA VALUTAZIONE DI PROCESSO

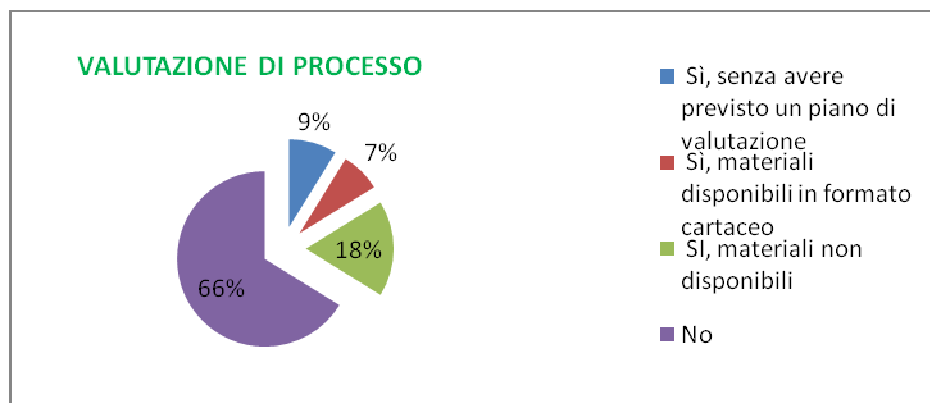


GRAFICO 3: % DI PROGETTI CHE HANNO CONDOTTO UNA VALUTAZIONE DI RISULTATO

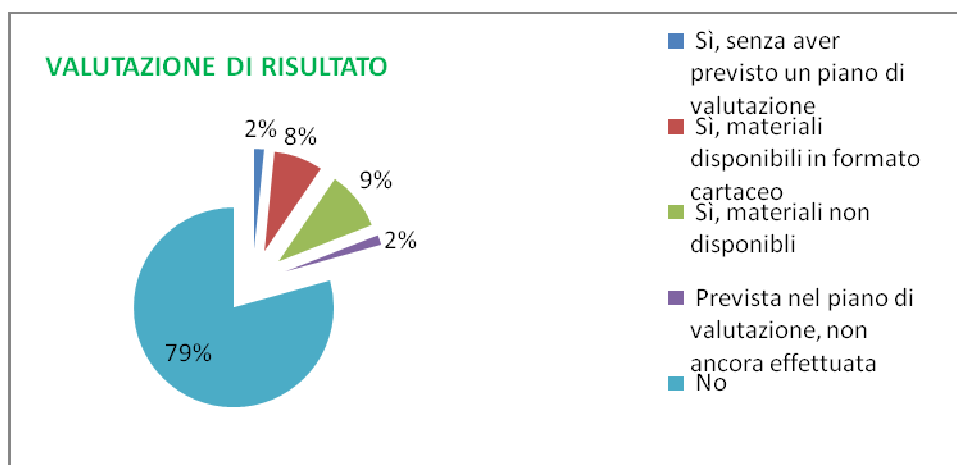
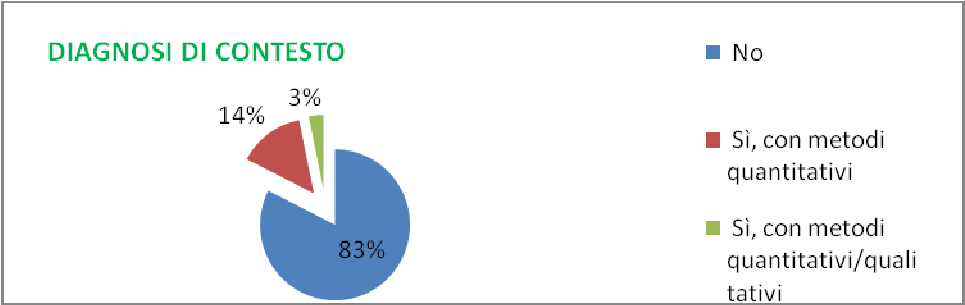


GRAFICO 4: % DI PROGETTI CHE HANNO CONDOTTO UNA DIAGNOSI DI CONTESTO



ALLEGATO E: aggiornamento analisi generale dei progetti raccolti al 30 giugno 2009
(a cura di Massimo Marighella)

L'utilizzo della Banca Dati al fine di registrare in modo strutturato i progetti e gli interventi raccolti sul territorio dai vari centri è proseguito anche dopo la data del giugno 2008, data nella quale si sono estratti gli elementi per una valutazione oggetto del report nel capitolo 5.

Si è deciso cioè di rendere disponibile l'archivio on line ai centri per proseguire un'attività avviata e utile. Ogni centro ha deciso autonomamente e in base al sistema di raccolta di cui si era dotato se riprendere la ricognizione in modo sistematico, se continuare a registrare ciò di cui veniva a conoscenza in modo non sistematico, se dedicarsi interamente all'analisi dei dati fin lì raccolti.

Tutto il materiale inserito, sempre a scelta dei vari centri, ha potuto essere selezionato e visualizzato in modo pubblico sul sito DoRS della Regione Piemonte all'interno della Banca Dati Pro.Sa. Progetti, modello su cui si è basata la Banca Dati Nazionale.

E' quindi utile allegare una nuova rappresentazione dell'esistente in Banca Dati al momento della pubblicazione di questo report, anche facendo un confronto sommario a distanza di un anno.

Come nel capitolo 5 del report riportiamo dati quantitativi relativi alla distribuzione geografica, alla distribuzione tematica, alla distribuzione per target e per settino.

Tabella 1. - Articolazione dei progetti per area tematica (ogni progetto poteva comprendere più aree).

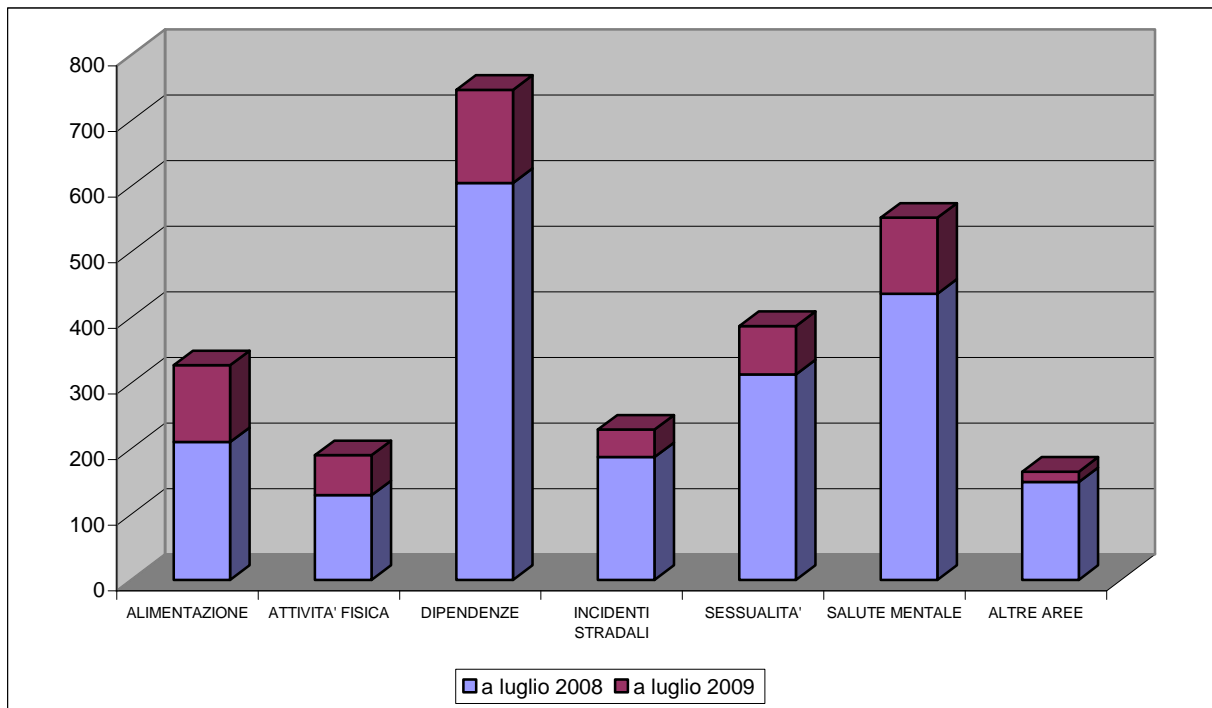
Regione	Alimentazione		Attività Fisica		Dipendenze		Incidenti Stradali		Sessualità		Salute Mentale		Altre aree	
	lug-08	lug-09	lug-08	lug-09	lug-08	lug-09	lug-08	lug-09	lug-08	lug-09	lug-08	lug-09	lug-08	lug-09
Piemonte	20	49	4	19	31	96	36	49	32	48	9	47	8	4
Lombardia	9	19	9	17	28	38	10	10	17	17	4	4	1	2
Veneto	30	30	17	17	122	122	42	42	48	48	65	65	1	1
Friuli Venezia Giulia	12	12	9	9	14	14	6	6	11	12	41	42	6	5
Liguria		11		7		16		6		19		21		4
Emilia Romagna	30	30	33	33	140	140	42	44	52	52	104	110	107	101
Toscana	3	3	2	2	14	14	4	4	9	9	2	2		
Umbria	13	25	7	22	28	30	9	10	22	22	32	33	7	8
Marche	7	7	6	6	23	23	5	5	6	6			2	2
Lazio	17	17	7	7	33	33	4	4	30	30	67	67	2	2
Abruzzo	13	13	5	5	53	53	11	11	16	16	39	39		
Campania	31	45	15	17	32	44	4	7	19	22	14	22	2	18
Puglia	3	3	2	2	32	32	2	2	12	12	4	5	1	
Calabria		39		13		28		14		30		29		6
Sicilia	17	19	10	11	46	55	9	12	33	38	55	66		
Sardegna	5	5	3	3	9	9	3	3	6	6			12	12
Totale	210	327	129	190	605	747	187	229	313	387	436	552	149	165

Si ricorda che la disparità numerica dei progetti raccolti tra le varie regioni dipende dalle diverse modalità di raccolta adottate e dalla sequenza temporale di adesione formale al progetto (*cfr. paragrafi precedenti*)

E' altresì evidente che a distanza di un anno i numeri sono cresciuti oppure rimasti costanti in tutte le aree tematiche.

Solo nella colonna "Altre aree" per alcune regioni i numeri possono diminuire perché gli operatori hanno appunto precisato l'area tematica in alcuni progetti.

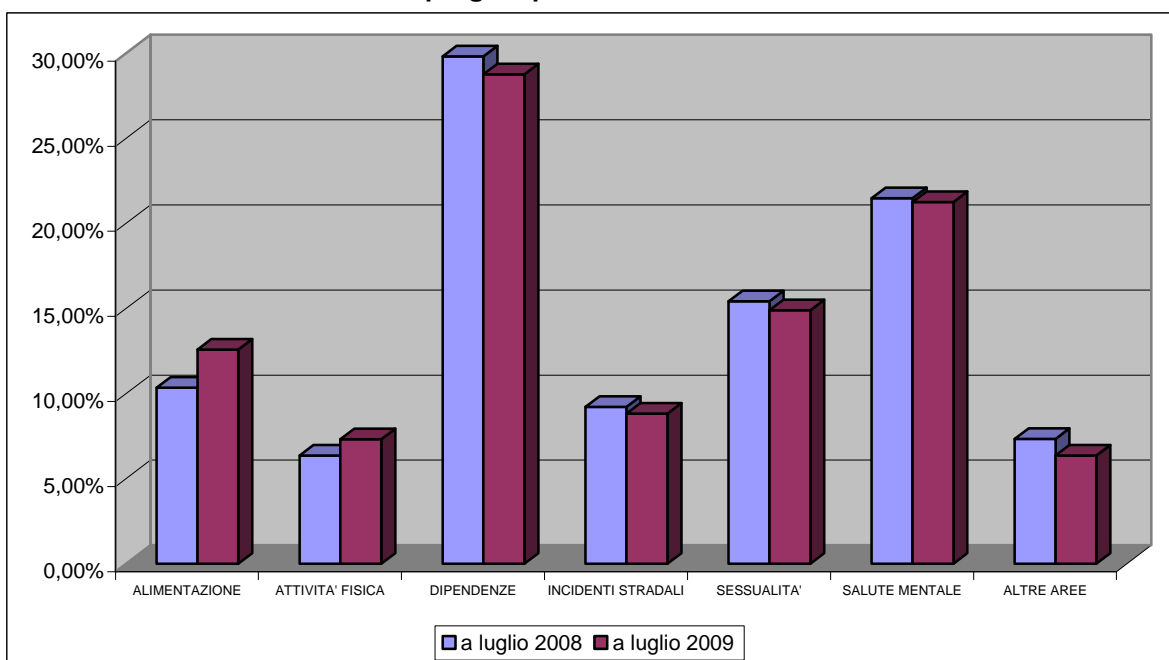
Grafico 1. Articolazione dei progetti per area tematica (ogni progetto poteva comprendere più aree).



Sono leggermente aumentati i progetti sull'alimentazione e l'attività fisica, a discapito della percentuale delle altre aree.

La categoria "altre aree" raggruppa le ulteriori aree tematiche relative ai progetti (es. prevenzione infortuni sul lavoro, ecc).

Grafico 2. Percentuale sul totale dei progetti per aree tematiche.



In analogia con la situazione dell'anno precedente, i gruppi di destinatari (Tabella 2) vedono i progetti concentrarsi nella fascia d'età 14-18 anni e negli operatori scolastici. Per quanto riguarda il contesto di svolgimento (Tabella 3), è di gran lunga la scuola il *setting* più rappresentato.

Tabella 2 - Progetti presenti in Banca Dati suddivisi per area tematica e target

Target	Alimentazione	Attività fisica	Dipendenze	Incidenti stradali	Sessualità	Salute mentale
0-2 anni						
3-5 anni	1					
6-10 anni	1				1	
11-13 anni	190	102	271	83	149	247
14-18 anni	192	116	553	170	292	420
19-24 anni	37	24	190	60	64	78
Giovani	34	31	212	67	65	53
Adulti	25	22	100	33	28	25
Genitori e famiglie	142	82	232	54	124	210
Anziani	6	10	16	3	1	5
Operatori scolastici	183	93	374	89	208	314
Operatori sanitari	68	49	178	35	106	108
Operatori socio-assistenziali	34	31	151	25	63	85
Altri professionisti del settore pubblico	16	20	58	22	28	23
Altri professionisti del settore privato	18	29	91	38	23	35
Genere	1	1	3	1	8	6
Lavoratori	6	7	17	5	1	2
Immigrati	6	4	17	7	16	31
Volontari	20	15	53	12	19	23
Diversamente abili	4	5	5	3	3	24
Fasce deboli	4	5	14	1	8	14
Popolazione generale	29	25	81	34	17	28
Portatori di patologie	11	7	9	4	6	11
Amministratori e politici	23	32	48	13	15	23

Tabella 3 - Progetti presenti in Banca Dati suddivisi per area tematica e *setting*

Setting	Alimentazione	Attività fisica	Dipendenze	Incidenti stradali	Sessualità	Salute mentale
Luoghi del tempo libero	32	35	211	64	51	84
Luoghi per attività sportive	20	58	57	13	15	23
Ambienti di lavoro	13	7	29	8	3	13
Ambiente scolastico	278	129	543	161	330	454
Ambienti di vita	24	18	62	12	12	46
Servizi Sanitari	61	34	127	30	103	84
Luoghi informali	17	23	151	51	40	40
Comunità	58	50	141	56	52	74

ALLEGATO F: alcuni commenti relativi al paragrafo dell'analisi dei progetti afferenti all'area tematica Dipendenze e all'analisi statistica effettuata

Qui di seguito saranno elencate, sotto forma di interrogativi, le principali ipotesi di ricerca che hanno guidato i diversi Centri di Documentazione nelle analisi dei dati.

1. Quali e quanti sono i soggetti coinvolti nella progettazione? (*chi fa cosa?*)

Fra i progetti selezionati come “buone pratiche” più del 60% dei soggetti coinvolge almeno 2 o 3 attori sociali: la stragrande maggioranza coinvolge più di un attore sociale e si avvale pertanto di lavoro di rete interistituzionale. Nell’area geografica del Nord si ritrovano oltre la metà dei progetti: la Regione che definisce progetti con un lavoro concertato di più attori sociali è l’Emilia-Romagna, per il Centro e per il Sud risultano essere rispettivamente la Toscana e la Campania. Il Centro appare l’area che si avvale maggiormente del lavoro di rete nell’ambito della prevenzione delle dipendenze patologiche.

2. Quali linee di indirizzo segue la progettazione rispetto alle diverse realtà territoriali? “Promozione dell’agio” o “Prevenzione del disagio”?

Rispetto alle politiche sociosanitarie specifiche per l’area delle Dipendenze Patologiche, ed in particolare alla differenza fra politiche volte alla prevenzione del disagio e politiche volte alla promozione dell’agio: tra le realtà regionali: alcuni adottano esclusivamente un indirizzo (solo quello della “promozione dell’agio” o quello della “prevenzione del disagio”), altre attuano entrambe le linee di intervento.

I progetti che hanno adottato entrambe le prospettive hanno considerato l’adolescente target come portatore di risorse e non solo come soggetto in difficoltà; inoltre, hanno spesso attuato politiche di marketing sociale e di “aggancio” della popolazione di riferimento assieme a politiche specifiche per la riduzione dei comportamenti a rischio.

3. Qual è la diffusione della *peer-education* rispetto a quella degli altri metodi nell’ambito della prevenzione delle dipendenze patologiche?

La *peer-education*, seppur presente, risulta essere una pratica ancora poco diffusa all’interno della prevenzione delle dipendenze patologiche: vi è infatti una

netta dominanza del metodo relazionale. La *peer-education* viene utilizzata per lo più nell'educativa di strada o nei luoghi del divertimento, sebbene talvolta sia usata anche negli ambienti di lavoro e nella scuola.

4. Quali *setting* vengono scelti dalle diverse Regioni e dagli attori coinvolti nella progettazione? (dove?)

È possibile affermare che esiste una grande variabilità all'interno delle diverse Regioni italiane rispetto ai luoghi di intervento utilizzati per la prevenzione delle dipendenze patologiche. Dai dati è emerso che la scuola risulta essere il luogo di intervento principale o addirittura esclusivo (per poco meno della metà dei progetti) per buona parte dei contesti regionali.

5. Quali e quanti sono i progetti che hanno elementi di “buone pratiche”?

La maggioranza dei progetti selezionati a partire da quelli censiti ha tutti gli elementi di “*best-practice*”: dispone perciò di analisi di contesto, di buoni modelli teorici di riferimento e di valutazioni di processo e di risultato. Sui 115 progetti già selezionati, solo in 3 non figurava nessun elemento di buona progettazione.

6. Quale uso viene fatto delle valutazioni dei progetti? I progetti che “funzionano” trovano continuità e supporto?

Nella maggioranza dei progetti specifici per l'area delle dipendenze patologiche selezionati da DoRS sono soddisfatti i criteri di “copertura finanziaria” e di “continuità”. Tuttavia si ritrovano anche progetti con buone pratiche ma che non hanno più copertura finanziaria, né una prospettiva di continuità.

Variabilità

Non è facile paragonare tra loro i progetti, senza entrare nel modello che ha orientato la scelta dei progetti da parte del CCM / DoRS, anche le diverse modalità con cui tali progetti sono stati censiti e documentati, senza considerare la variabilità individuale del ricercatore-documentarista che si ripercuote sui risultati.

Facendo una breve analisi sulle metodologie adottate dalle tre regioni si rilevano differenze sostanziali, soprattutto nella modalità di documentazione (intervista o compilazione di questionari) e nei criteri di scelta dei progetti da inserire in banca dati.

Alcune macro-differenze si rilevano tra le tre regioni:

a) contatto con i soggetti - rilevazione dei dati di ogni progetto.

In Toscana si è realizzato un contatto diretto tra il “ricercatore – documentalista” e i titolari dei progetti: il telefono e l’e-mail ha avuto lo scopo di favorire i contatti e definire giorno e ora dell’appuntamento.

In Puglia ed in Emilia-Romagna il lavoro è stato mediato dai mezzi di comunicazione (posta, telefono e-mail) ma è stata condotta una capillare campagna di sensibilizzazione.

b) criteri di selezione dei progetti da inserire in banca dati

In Toscana sono stati inseriti solo quelli dotati di caratteristiche di innovazione e che avevano una continuità, in Puglia ed in Emilia-Romagna non è stata attuata nessuna selezione del materiale pervenuto.

Indicatore

Nonostante questi limiti che introducono una certa dose di variabilità, questo rapporto costituisce un approccio alla valutazione dei progetti, estensibile anche agli altri progetti della banca dati.