

Una Comunità che Guadagna Salute

Progetto di Promozione della Salute

AUSL Piacenza – AUSL Parma

Quartiere Besurica – Piacenza (PC)

Traversetolo (PR)

REPORT FINALE DI VALUTAZIONE

Versione 07/04/2016

A cura di Filippo Ciucci – valutatore indipendente

Indice

Premessa	Pag. 3
Dove è arrivato il progetto: le azioni e i loro obiettivi	» 8
Le attività nel quartiere Besurica (Piacenza)	» 9
Le attività a Traversetolo	» 11
A. Il progetto	
1. Gli obiettivi del progetto	» 15
Premessa	» 15
1.1 Il progetto esecutivo	» 15
1.2 Gli obiettivi secondo gli operatori di Piacenza	» 16
1.3 Gli obiettivi secondo gli operatori di Parma	» 17
1.4 Conoscenza e condivisione degli obiettivi	» 18
1.5 Congruenza tra gli obiettivi del progetto e gli obiettivi degli operatori	» 22
1.6 Grado di conseguimento degli obiettivi	» 23
2. I Gruppi di Operatori sui due territori	» 26
Premessa	» 26
2.1 Il vissuto dei due gruppi nelle varie fasi del progetto	» 26
2.2 La formazione	» 32
2.2.1 Il giudizio sulla formazione	» 32
2.2.2 Risultati sui gruppi	» 35
2.3 Senso di appartenenza e motivazione	» 38
2.4 La qualità del lavoro degli operatori	» 42
2.4.1 Il giudizio dei cittadini componenti dei gruppi	» 42
2.4.2 Come si giudicano gli operatori	» 45
2.5 Gli operatori: conclusioni	» 45
3. Il funzionamento del progetto nelle sue fasi	» 47
Premessa	» 47
3.1 La struttura del progetto	» 47
3.2 Cosa ha funzionato	» 50

3.3 Cosa non ha funzionato correttamente	» 51
3.4 Conclusioni	» 53

B. Esiti e Risultati

4. La partecipazione e il coinvolgimento della comunità	» 56
4.1 I numeri della partecipazione nella prima fase	» 56
4.2 I numeri e la qualità della partecipazione nella seconda fase	» 59
4.2.1 I Gruppi alla Besurica	» 59
4.2.2 I Gruppi a Traversetolo	» 62
4.2.3 Gli intergruppi e la motivazione dei cittadini	» 66
4.2.4 Il giudizio dei cittadini su se stessi	» 70
4.3 La partecipazione: conclusioni	» 73
5. Cambiamenti, empowerment e advocacy	» 75
5.1 I cambiamenti prodotti nella cittadinanza	» 75
5.2 Fattori PAR	» 78
5.2.1 Quartiere Besurica – Piacenza	» 79
5.2.2 Traversetolo – Parma	» 84
5.3 Empowerment	» 89
5.4 Autonomia	» 95
5.4.1 Autonomia dei cittadini	» 95
5.4.2 Autonomia degli operatori	» 96
5.5 Conclusioni: cambiamenti, empowerment e advocacy	» 98
6. Potenzialità di Guadagnare Salute	» 100
Premessa	» 100
6.1 Il progetto può...	» 100
6.3 Le possibilità di realizzazione degli obiettivi	» 102
6.3 Cosa può restare di Guadagnare Salute: le azioni, i cittadini	» 103
6.4 Conclusioni	» 105

C. Conclusioni

Conclusioni	» 108
Un riepilogo	» 108
Analisi SWOT	» 109
Riferimenti bibliografici	» 115

Premessa

Con questo documento si completa il lavoro complessivo di valutazione del progetto *Una Comunità che Guadagna Salute* realizzato dalle Aziende Sanitarie di Parma e di Piacenza nelle due realtà di Traversetolo (provincia di Parma) e del Quartiere "Besurica" (Piacenza). Il report si struttura in due sezioni principali: a) la prima focalizza la propria attenzione su aspetti *interni* del progetto, analizzando gli obiettivi e il loro grado di conseguimento, il documento esecutivo iniziale, il lavoro degli operatori sul territorio (figure chiave nella implementazione), gli elementi di funzionamento del progetto; b) la seconda considera i risultati *esterni* conseguiti in termini di partecipazione e coinvolgimento della comunità, cambiamenti sui e dei cittadini coinvolti, esiti sui territori, potenzialità dell'intervento in futuro e primi effetti sui vari stakeholder.

L'attività di valutazione ha avuto come obiettivi sia il monitoraggio delle attività e di vari aspetti del progetto, sia la rilevazione di esiti (*output*) e dei primi risultati (*outcome*) del progetto. Sono quindi stati tenuti in considerazione dati e informazioni su presenze e flussi nei vari momenti e nei gruppi, e su esiti e risultati sulle persone coinvolte, sulle strutture, sui contesti interessati dall'azione del progetto. Il disegno e l'attività di valutazione, pur avendo una propria struttura, sono andati adattandosi alle necessità dell'intervento, e, prendendo spunto da quanto realizzato negli anni precedenti su Podenzano, hanno sviluppato un proprio percorso per aderire "via via" alle esigenze del progetto.

Il filo rosso che ha attraversato le varie fasi della valutazione è stato l'approccio partecipato. Esso è stato motivato dalla natura a sua volta 'partecipata' del progetto che ha coinvolto due comunità, e dalla conseguente presenza di numerosi stakeholder tutti depositari di informazioni utili e in qualche modo indispensabili alla ricerca. La partecipazione si è sostanziata sia in senso più focalizzato nella costruzione di questioni valutative e di strumenti assieme agli attori sociali rilevanti (dirigenti e operatori ASL,

formatore), sia in senso più ampio nel coinvolgimento e nella consultazione di tutti gli attori (personale ASL, cittadini, ecc.).

Attraverso tale approccio sono state ricostruite informazioni utili sia sul progetto in senso stretto, che sui suoi esiti su persone e contesti esterni, meccanismi e fattori che hanno permesso (o rallentato) il funzionamento di *Guadagnare Salute*. La partecipazione ha quindi consentito il contatto e l'accesso alle persone e alle informazioni.

Per la comprensione dei meccanismi e dei funzionamenti è stato utile, nelle ultime settimane, un percorso avviato con alcuni componenti del gruppo di ASL Piacenza di riprogettazione dell'intervento per il futuro, in cui anche il valutatore estensore del presente report è stato coinvolto. Tale percorso ha consentito di individuare aspetti e attività che hanno funzionato e che sono da mantenere, e altri che creano dispersione o malfunzionamenti e che quindi sono da integrare o eliminare in altri eventuali progetti di questo tipo.

Nella logica sopra descritta l'attenzione agli obiettivi del progetto è stata costante per tutta la valutazione di Guadagnare Salute, in quanto essa sottintende un approccio valutativo orientato a comprendere meccanismi e fattori che favoriscono (o meno) la riuscita degli interventi. Gli approcci valutativi definiti misti, la *theory based evaluation* (C. Weiss) e la *realistic evaluation* (R. Pawson e N. Tilley), pongono particolare attenzione sul ruolo guida della teoria nella definizione del disegno di ricerca e la declinazione della teoria in termini di meccanismi causali. Entrambi gli approcci mantengono una forte attenzione sul processo, nel tentativo di comprendere cosa interviene tra gli **obiettivi** e i **risultati** finali. Pertanto tali strategie, attraverso la partecipazione, la consultazione e l'ascolto dei testimoni qualificati (decisori e attuatori), intendono: a) ricostruire la teoria del programma, ovvero la sequenza di ipotesi che mostrano come dagli input si passa agli output; b) ricostruire i meccanismi e testare (verificare o falsificare) le ipotesi teoriche iniziali del valutatore per comprendere come il programma funziona. La strategia valutativa prevede l'impiego significativo di metodi e strumenti che favoriscano la partecipazione, intesa come coinvolgimento attivo e consultazione degli stakeholder: costruendo quindi con essi ipotesi di valutazione, condividendo fasi di ricerca e somministrando strumenti.

Questo report è frutto di una strategia valutativa che cerca di tenere in considerazione questi aspetti. Il capitolo 1 pone l'attenzione sugli obiettivi; il capitolo 3 si focalizza sul processo e sui funzionamenti. Entrambe si basano su informazioni costruite attraverso l'intero processo di ricerca e riportati negli altri capitoli del report.

La valutazione è stata avviata a maggio 2014 ed è proseguita per circa 18 mesi fino al termine del 2015 e con una coda nelle prime settimane del 2016 (si veda Gantt – tab. 0.1). Come specificato nel precedente report intermedio, questa attività ha avuto l'obiettivo di accompagnare il progetto in tutte le sue fasi, monitorandone l'andamento, rilevandone il funzionamento e restituendo a decisori ed operatori informazioni di *learning* e di *empowerment*, utili cioè sia per conoscere il progetto, sia per una eventuale correzione o ri-programmazione di alcune attività e quindi per *migliorarne* l'efficacia. Nella fase iniziale (aprile/maggio 2014) è stato redatto un primo disegno di valutazione sulla base delle informazioni a disposizione del valutatore (estensore anche di questo documento). Successivamente si è provveduto alla formulazione degli *obiettivi* (e dei *risultati* attesi) del progetto con gli addetti ai lavori, e alla ricostruzione del senso complessivo del progetto.

Con l'avvio dei gruppi sui territori si è poi proceduto a posare l'attenzione sul loro lavoro, sulla quantità e sulla qualità della partecipazione al loro interno e sulla loro capacità progettuale, attraverso apposite schede di monitoraggio e incontri nelle situazioni di plenaria. L'implementazione delle azioni nelle due realtà ha infine portato la valutazione a 'osservare' gli sviluppi delle azioni e a misurare i primi effetti sulle persone e sui contesti. Questo lavoro è stato realizzato in stretta collaborazione con testimoni qualificati e 'decisori' del progetto (responsabili aziendali, operatori - membri del gruppo di progetto, cittadini). Tali stakeholder sono stati coinvolti in una ricerca di tipo partecipato attraverso strumenti specifici (interviste, focus group), ma anche attraverso la partecipazione del valutatore a incontri e momenti di progettazione formali ed informali: riunioni ufficiali, colloqui, osservazione durante le attività (i Laboratori di Comunità, gli intergruppi, ecc.), esame di materiale scritto e foto disponibile via mail o sui vari canali internet (siti web, social network, ecc.).

La *responsabile aziendale* (dirigente) ha un ruolo chiave nella valutazione. Viene interpellata per una ricostruzione del progetto e degli obiettivi, e vi è un contatto costante via mail e telefonicamente, per delineare la ricerca e costruire al meglio gli strumenti, tarandoli e perfezionandoli. I *Gruppi di Progetto* di Piacenza e di Parma (Operatori) sono stati coinvolti attivamente nella valutazione attraverso alcuni strumenti (focus group) ed alcuni momenti (incontri ufficiali e informali). Pertanto la valutazione, non solo considera l'efficacia dei gruppi e le opinioni dei suoi componenti, ma utilizza anche le loro competenze e conoscenze per costruire strumenti valutativi e di monitoraggio per seguire al meglio l'andamento del progetto.

Nel dettaglio:

- il Gruppo di Operatori di Piacenza è stato incontrato dal valutatore: a) il 16 luglio e il 17 settembre 2014, b) in occasione del Laboratorio di Comunità nel quartiere Besurica, c) in vari incontri di formazione condotti dal Formatore, d) 8 aprile 2015, 16 luglio 2015, 2 e 29 settembre 2015, il 6 novembre 2015, il 2 dicembre 2015.
- Il gruppo operatori di Parma è stato incontrato nelle seguenti giornate: 13 maggio 2015, 27 ottobre 2015;
- il valutatore ha partecipato attivamente e come osservatore agli Incontri per rendicontazione (Parma e Piacenza) nelle giornate del 17 giugno e del 16 luglio 2015, e a distanza (via mail e telefonicamente) nelle settimane estive e autunnali;
- l'intergruppo di Piacenza è stato incontrato il 7 aprile 2015 giornata in cui è stato realizzato un mini-focus ed è stato distribuito un questionario, mentre un altro questionario è stato somministrato a ottobre. A Parma si è tenuto un incontro in plenaria, a novembre 2015, e in quell'occasione è stato somministrato un questionario.

Altre rilevazioni sono avvenute, ma a distanza, con la preziosa collaborazione dei due gruppi di operatori (Parma e Piacenza).

La motivazione e la soddisfazione dei partecipanti agli incontri di costituzione dei gruppi (*promotore e laboratorio di comunità*) è stata rilevata principalmente attraverso un questionario costruito appositamente e somministrato negli incontri. Facendo compilare

due strumenti molto simili tra loro è stato anche possibile rendere confrontabili le informazioni raccolte.

I partecipanti all'incontro *Laboratorio di comunità* sono stati monitorati anche con l'osservazione partecipante nelle giornate e un'analisi dei cartelloni prodotti contenenti aspettative e timori di alcuni sottogruppi.

I gruppi sui territori sono stati osservati attraverso apposite schede di monitoraggio compilate dagli operatori al termine di ogni incontro e con alcuni focus/osservazioni nelle situazioni di plenaria. Le azioni implementate nelle due realtà hanno infine portato la valutazione a 'osservare' gli sviluppi delle medesime e il coinvolgimento del territorio attraverso informazioni fornite dagli operatori, la consultazione dei report di rendicontazione, l'adozione di informazioni a distanza (online: attività sui social network, via mail, acquisizione di materiale –video, foto).

L'analisi SWOT (ricostruzione punti di forza, punti di debolezza, opportunità e ostacoli del progetto) è il frutto di una discussione in più fasi. È stata poi ricostruita dal valutatore e perfezionata a distanza via mail con gli stakeholder.

Tab. 0.1 Gantt delle attività di valutazione 2014 - 2015

	Primavera 2014	Estate 2014	Autunno 2014	Inverno 2014/2015	Primavera 2015	Estate 2015	Autunno 2015
Stesura disegno di ricerca							
Analisi e ricostruzione obiettivi	- Colloquio con Responsabili Aziendali - Analisi documenti - Focus group con Gruppo di Progetto						
Andamento gruppo Operatori progetto		2 Focus group Gruppi Progetti PC e PR		Focus Group Gruppo di Progetto PC	Focus Group Gruppo di Progetto PR	Contatti e feedback dai gruppi	Focus Group Piacenza e Parma
Andamento progetto su territorio			Osservaz. non partecip.+ Questionario Lab. Comunità	Osservaz. non partecip.+ Questionario Lab. Comunità	Somministrazione schede monitoraggio gruppi di lavoro		
SWOT							
Collaborazione rendicontazione per Regione						Incontri con Parma e Piacenza	Acquisizione e scambio informazioni
Monitoraggio gruppi di lavoro			Costruzione strumenti di monitoraggio	Somministrazione schede monitoraggio gruppi di lavoro (Besurica PC da fine 2014, Traversetolo da inizio 2015)			
Redazione report valutazione			Sistemazione informazioni e dati	Report intermedio		Sistemazione informazioni e dati	Report finale (apr. 2016)

Nel corso dell'indagine sono stati utilizzati questionari con vari stakeholder, Gruppi Operatori/Dirigenti, e cittadini. Sono state proposte domande per la quasi totalità *chiuse* e sono state utilizzate scale con quattro item (molto poco, poco, abbastanza, molto). Nel commento in molti casi i giudizi "molto" e "abbastanza" vengono talvolta accorpati e riuniti sotto l'indicazione "giudizio/valutazione positivo" o "complessivamente positivo". Mentre le opinioni "poco" o "molto poco" saranno riunite sotto l'indicazione "giudizio/valutazione negativo" o "complessivamente negativo". Le risposte "in parte" vengono talvolta rinominate "opinioni/valutazioni intermedie".

La tabella 0.2 esprime in forma schematica gli item inseriti nei questionari e la relativa traduzione nel report, sia nei grafici e nelle tabelle, che nel commento.

È doveroso precisare che i questionari presentavano un ordine delle domande parzialmente diverso da quanto riportato nel commento: in questa sede le risposte sono state infatti riordinate secondo dei nuclei tematici ritenuti importanti e comuni ai tre questionari dei tre corsi in esame nel presente report. Generalmente tali dimensioni/nuclei tematici sono: valutazioni generali sul corso, organizzazione, clima d'aula, didattica (e docenti), valutazioni finali-applicabilità dei contenuti.

Tabella 0.2 - Item dei questionari e relativa "traduzione" nel report di valutazione a fini di omogeneizzazione e chiarezza terminologica

	Item nel questionario e nel report	Terminologia utilizzata nel report	Terminologia Accorpamento
Domanda	Molto	Giudizio/Opinione/Valutazione molto/particolarmente positivo, elevata soddisfazione	Positivo, Complessivamente positivo
	Abbastanza	Giudizio/Opinione/Valutazione positiva; Buona soddisfazione	
	Poco	Giudizio/Opinione/Valutazione negativo; Bassa soddisf.	Negativo, complessivamente negativo
	Molto poco	Giudizio/Opinione/Valutazione molto/particolarmente negativo	

Nelle tabelle alcuni valori (percentuali o assoluti) sono evidenziati con alcuni colori:

- in verde sono selezionati quelli positivi,
- in giallo quelli negativi,
- e in azzurro le variazioni da un periodo all'altro su cui si ritiene dover porre attenzione.

Infine si precisa che in alcuni dei grafici del report non vengono rappresentate le "non risposte".

Dove è arrivato il progetto: le azioni e i loro obiettivi

Nel periodo in cui si redige questo report il progetto si trova nella sua fase finale con varie azioni realizzate sui territori interessati (Q.re Besurica a Piacenza, Traversetolo provincia di Parma) e con alcune centinaia di cittadini coinvolti (come si rende conto anche più avanti e nei prossimi paragrafi, si veda anche capitolo 4).

Tra la fine del 2014 e l'inizio del 2015 il lavoro dei Gruppi Promotori ha consentito di realizzare i Laboratori di Comunità che hanno coinvolto le prime decine di persone. Sono poi stati organizzati i gruppi di lavoro che hanno pianificato e messo a punto le azioni, il tutto con la supervisione dei due gruppi di operatori delle due AUSL di Piacenza e di Parma.

A Piacenza si è potuto anche realizzare incontri periodici in intergruppo, che vedevano coinvolti i cittadini appartenenti ai diversi gruppi di lavoro. A Parma questo è accaduto soltanto due volte, ad inizio e al termine del 2015.

Sui quattro temi di Guadagnare Salute (alcol, fumo, alimentazione, attività fisica) e sulle possibili integrazioni tra essi, si è lavorato in maniera simile nelle due realtà, ma con alcune importanti differenze.

A Piacenza sono state ideate, progettate e realizzate quattro azioni: 1) Sensibilizzazione dei contesti educativi (prevalentemente alcol e fumo, ma anche attività fisica), 2) Laboratorio di Cucina (alimentazione), 3) Besuricammina (attività fisica), 4) Dare Ossigeno al Parco (prevalentemente attività fisica, ma trasversalmente anche gli altri temi). Traversetolo invece vede la presenza di cinque azioni: 1) Metti una sera a teatro - laboratorio teatrale (alcol fumo), 2) Aperitivo salute e benessere e 3) Piacere e salute a tavola - Incontri teorico-pratici di cucina (alimentazione), 4) Traversetolo che cammina e 5) Esploratori in marcia (attività fisica).

Oltre all'intervento distinto sui fattori, sono previsti anche momenti e metodi di integrazioni tra azioni.

Come riportato nella rendicontazione, a **Piacenza** gli obiettivi di ciascuna azione scelta puntano ad intervenire su fattori abilitanti e rinforzanti (presenza di momenti di aggregazione come presupposto del consolidamento delle reti di sostegno sociale) che agiscono contemporaneamente su tutti i fattori di rischio della salute.

In alcune azioni, inoltre, l'integrazione è prevista anche in modo più *esplicito* (come evidenziato sopra). Per esempio, in "dare ossigeno al parco", pensata per l'attività fisica, è prevista una attività che riguarda la coltivazione e la conoscenza degli ortaggi e la distribuzione di frutta con un significato educativo, inoltre in tutte le giornate sono stati pensati dei giochi (gioco dell'oca, caccia al tesoro, il salotto di Dina) che veicolassero messaggi trasversali a tutti gli stili di vita. La "sensibilizzazione nei contesti educativi" punta allo sviluppo delle *life skills* attraverso il teatro di improvvisazione nell'età a maggior rischio di abbandono dell'attività sportiva, affrontando pertanto trasversalmente i fattori di rischio.

A **Parma** invece l'integrazione viene perseguito in particolare: a) all'interno dell'azione "esplorazione in marcia" dove è previsto un momento di merenda salutare dei bambini in cui richiamare l'attenzione degli insegnanti e genitori sui principi di una corretta alimentazione; b) nell'azione "Aperitivo salute e benessere" vi è l'obiettivo di rendere le occasioni di convivialità più salutari intervenendo sull'alimentazione e sull'alcol.

Le attività nel quartiere Besurica (Piacenza)

La **Sensibilizzazione dei contesti educativi** ha avuto come obiettivi il coinvolgimento della società sportiva per darle un ruolo privilegiato in cui integrare azioni di educazione e formazione in un contesto coerente con la promozione di stili di vita sani, b) l'aumento di consapevolezza del rischio legato all'abuso di alcol e all'uso di fumo di tabacco gli adolescenti, in un ambiente come una società di calcio, agendo sul contesto, sugli "educatori/allenatori" e sui ragazzi. L'azione coinvolge i ragazzi iscritti alla società sportiva di calcio e nati nel 2001, e i loro allenatori. L'azione si è configurata come educazione, sviluppo delle competenze e formazione, e ha utilizzato come strumenti l'assistenza e la consulenza, e il programmi di sviluppo abilità. Attraverso questo intervento ci si aspettava il miglioramento della consapevolezza del ruolo educativo da parte degli allenatori.

Il **Laboratorio di cucina** intendeva sviluppare conoscenze su come preparare piatti veloci, salutari, risparmiando tempo e denaro. È stata coinvolta la popolazione adulta attraverso momenti di laboratorio esperienziale. Il laboratorio si è articolato in 5 serate, durante il quale la docente cuoca, con il supporto della dietista, ha insegnato ai partecipanti come preparare, in poco tempo, piatti salutari utilizzando ingredienti economici.



Un momento di un incontro del Laboratorio di Cucina



Un piatto preparato

Dare Ossigeno al Parco aveva tre obiettivi, alcuni trasversali e non direttamente riconducibili ai temi di salute, ma strategici per un lavoro sulla comunità: 1) Creare occasioni aggregative che mettano insieme le risorse di bambini, genitori (e quindi adulti) ed anziani; 2) Fare in modo che le persone del quartiere si conoscano ed instaurino relazioni tra loro 3) stimolare una conoscenza ed un utilizzo nuovi del parco (uso spontaneo per le attività, anche in modo informale). I destinatari sono stati bambini (varie attività e giochi nel parco), e genitori e adulti (realizzazione di yoga e pilates). Sono stati realizzati alcune giornate nel parco, a cui hanno partecipato alcune decine di bambini assieme ai genitori, e vari incontri di yoga e pilates che hanno coinvolto vari adulti.



Attività nel parco (1)



Attività nel parco (2)

Besuricamina è l'azione progettata per realizzare i gruppi di cammino, avente come destinatari tutti i cittadini del quartiere, ma anche esterni ad esso. Sono stati individuati i percorsi, è stata realizzata una locandina e sono stati acquistati alcuni oggetti per il kit di cammino. Le informazioni a disposizione ci dicono che sono state programmate e realizzate due uscite settimanali per 12 settimane, con un numero medio di partecipanti a ciascuna camminata (18 al pomeriggio, 8 alla mattina). Il numero totale di persone che ha partecipato almeno una volta alle camminate è 68 (58 al gruppo serale, 10 al gruppo mattutino). Durante l'attività il percorso è stato rivisto perché quello pensato inizialmente costeggiava una strada troppo trafficata gli orari sono stati modificati per adattarsi alle stagioni.



Il logo dei gruppi di cammino del quartiere Besurica



Alcuni partecipanti ai gruppi di cammino

Le attività a Traversetolo (PR)

Metti una sera a teatro è il laboratorio teatrale che vuole sensibilizzare l'intera cittadinanza sui temi dell'alcool e del fumo, attraverso percorsi interattivi e di impatto emozionale. I destinatari sono tutti i cittadini di Traversetolo e il lavoro viene realizzato con lo strumento e la metodologia di assistenza e consulenza a gruppi. L'azione ha avuto un numero di adesioni di circa 25 persone, che hanno partecipato a circa 15 incontri. A fine gennaio 2016 l'attività si è conclusa con uno spettacolo teatrale a cui hanno assistito circa 200 persone. Il SerT aziendale ha dimostrato interesse per lo spettacolo e vorrebbe riutilizzarlo (si veda tab. 6.2) sul territorio e nelle scuole.

Aperitivo salute e benessere è stata l'azione che ha avuto come obiettivo la sensibilizzazione dei gestori dei bar e dei cittadini del territorio ad un corretto comportamento alimentare nei consueti momenti di socializzazione. Sono stati realizzati: un accordo con i baristi, un accordo con scuola alberghiera, un accordo con le scuole medie, è stato elaborato un logo, è stato prodotto e stampato del materiale informativo e sono stati condotti 8 incontri periodici, concordati di volta in volta col gruppo di progettazione.



Alcuni momenti degli aperitivi a Traversetolo



Esploratori in marcia è l'azione che ha coinvolto bambini della scuola dell'infanzia e della scuola primaria di Traversetolo, e genitori dei bambini aderenti al Centro Estivo "Arte in Gioco". L'azione si concretizza in camminate didattiche sul territorio guidate dai volontari del Gruppo di cammino e da un insegnante di scienze esperto sulla natura autoctona di Traversetolo. Si è inteso far approvare il progetto "Esploratori in marcia" nel POF della scuola elementare di Traversetolo per l'a.s. 2015-2016. Propedeuticamente all'azione sono stati effettuati: a) il contatto con la scuola tramite due componenti del gruppo attività fisica che sono rappresentanti dei genitori nel consiglio d'istituto; b) la presentazione del Progetto agli organi della scuola; c) l'adesione al progetto da parte della scuola; d) Bozza POF; e) la pianificazione delle uscite "pilota" con le classi; f) il contatto con centro estivo "Arte in Gioco"; g) l'inserimento delle uscite settimanali nel programma del centro estivo "Arte in Gioco"; h) due uscite pilota a giugno 2015 (una con scuola elementare ed una con scuola materna); i) l'inserimento del progetto nel Piano Formativo 2015-2016.

Con **Piacere e salute a tavola. Incontri teorico-pratici di cucina** si è avuto l'obiettivo di promuovere abitudini alimentari sane diffondendo la conoscenza dei principi di una corretta alimentazione e consumi sani e consapevoli, coinvolgendo cittadini di Traversetolo di tutte le fasce d'età. L'azione intende ed ha inteso far imparare a cucinare in modo più salutare cercando di far coincidere la salute con il poco tempo a disposizione delle persone, realizzando 5 incontri itineranti (nei diversi circoli frazionali) con tematiche specifiche della durata di 3 ore circa, condotti da uno chef affiancato da 2 ragazzi dell'Istituto Alberghiero. Al termine del percorso viene distribuito un ricettario con i piatti realizzati durante gli incontri.



Alcune istantanee degli incontri di cucina a Traversetolo

Infine **Traversetolo che Cammina** è il nome dato ai gruppi di cammino attraverso i quali si vuole "rendere facile l'attività motoria riscoprendo le risorse naturali del territorio", per mettere in pratica di comportamenti salutari riguardo ad attività fisica. Durante la pianificazione sono stati svolti: a) definizione del calendario delle uscite; b) definizione dei percorsi; c) definizione dei turni di accompagnamento; d) realizzazione della campagna pubblicitaria; e) realizzazione di pannelli informativi. C'è stata una prima fase sperimentale tra marzo e aprile 2015, proseguita con uscite ufficiali tra maggio e

luglio. L'azione ha coinvolto varie decine di cittadini di Traversetolo con un buon riscontro di partecipanti.

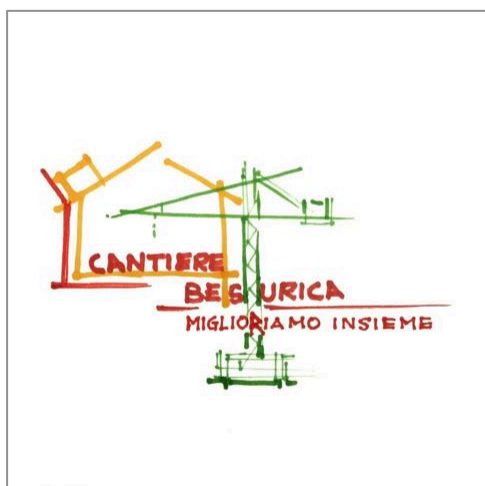
Il **19 marzo 2016** si è tenuto un evento finale a Traversetolo, con alcune decine di cittadini partecipanti e con l'esposizione delle azioni realizzate e tuttora in attività. Tale giornata ha voluto idealmente salutare l'uscita di AUSL Parma e lasciare il testimone ai cittadini che vorranno impegnarsi nella prosecuzione del progetto.



Una sezione della locandina dei gruppi di cammino a Traversetolo

Le immagini riportate sopra sono diffuse formalmente e informalmente dai cittadini coinvolti, e vengono inserite anche sui due profili facebook dei due progetti:

- Cantiere Salute – Traversetolo (<https://www.facebook.com/CantiereSaluteTraversetolo/?fref=ts>) che ha circa 100 *like* (*mi piace*),
- Cantiere Besurica: miglioriamo insieme (<https://www.facebook.com/besuricaguadagnasalute/?fref=ts>) che ha circa 215 *like*.



Il logo del progetto del quartiere Besurica



Il logo del progetto di Traversetolo

A. IL PROGETTO

La prima parte del report si preoccupa di descrivere e illustrare dal punto di vista valutativo il progetto realizzato nei due territori (q.re Besurica e Traversetolo) considerando: gli obiettivi, il lavoro degli operatori, i funzionamenti nelle varie fasi dell'intervento.

Vengono quindi ricostruiti gli obiettivi facendo riferimento ai documenti progettuali e se ne individua: a) la congruenza con le opinioni degli operatori, b) il grado di conoscenza e di condivisione da parte degli operatori, c) la loro opinione in merito alle possibilità di realizzazione degli obiettivi. Si stabilisce anche il grado di realizzazione degli obiettivi così come descritto nei report di rendicontazione, e confrontandoli con le informazioni fornite dagli attori consultati si va a stabilire l'effettiva qualità degli obiettivi realizzati.

Il lavoro degli operatori (capitolo 2) è descritto e valutato attraverso la loro opinione e quella dei cittadini.

Gli operatori vengono anche consultati come autorevole fonte per valutare il lavoro del formatore nelle varie fasi progettuali e per ricostruire i loro vissuti (fattori decisivi per stabilire gli esiti dell'intervento).

Infine nel terzo capitolo, attraverso una schematizzazione del progetto e delle sue fasi e dei suoi obiettivi, si individuano elementi di funzionamento e di mal-funzionamento, facendo riferimento alle opinioni dei vari stakeholder. Si anticipano alcune considerazioni che verranno approfondite nei capitoli successivi.

1. Gli obiettivi del progetto

Premessa

Questo capitolo del report ricostruisce informazioni relative agli obiettivi del progetto di promozione alla salute *Guadagnare Salute*, realizzato dalle AUSL di Piacenza e AUSL Parma sui territori del Comune di Piacenza (Q.re Besurica) e del Comune di Traversetolo (PR). Le informazioni derivano dal Progetto Esecutivo di AUSL Piacenza, dai focus group con gli operatori e dai questionari da essi compilati, oltre che dall'analisi di alcuni documenti a disposizione.

Ripercorrere il senso complessivo del progetto, ricostruirne gli obiettivi e i risultati attesi, e descriverne le dimensioni fondanti (efficacia, partecipazione, empowerment di comunità), sono operazioni che rientrano nella più vasta attività di valutazione.

Risalire agli *obiettivi* e ai *risultati attesi* e stabilire gli aspetti in base ai quali si determina l'*efficacia*, sono azioni con chiara finalità di *learning* (apprendimento), che permettono di individuare il senso del progetto, fornendo ai decisori chiavi di lettura e interpretazione del loro stesso operare e al valutatore conoscenze utili e indispensabili.

Il riferimento ad altri aspetti (partecipazione ed empowerment) è finalizzato alla ricostruzione complessiva del progetto e al ruolo che a tali dimensioni viene assegnato dagli stakeholder di più alto livello.

Nel paragrafo finale si ricostruisce il grado di conseguimento degli obiettivi rifacendosi al documento di rendicontazione compilato per Regione Emilia Romagna e alla percezione degli operatori ricostruita attraverso i questionari e i focus group.

1.1 Il progetto esecutivo

Il progetto esecutivo redatto dalla AUSL di Piacenza esplicita in maniera chiara e puntuale 5 obiettivi, uno generale che viene scomposto poi in quattro specifici.

Obiettivo generale: *Attivare la comunità, attraverso un processo di empowerment basato sulla progettazione partecipata, per affrontare i quattro temi di Guadagnare Salute.*

Obiettivo specifico 1: **Costituire una rete intersettoriale e interistituzionale in grado di progettare un intervento di empowerment di comunità** - I due interventi (Besurica, Traversetolo) vengono condotti da due gruppi distinti di operatori (afferenti alle due AUSL di Piacenza e Parma) che, pur lavorando, tutorati da un formatore, con l'obiettivo di integrare reciprocamente le competenze possedute, sono partiti da un livello di esperienza diverso nella realizzazione di interventi di comunità. È previsto il coinvolgimento, nel percorso formativo, di operatori dell'asse sociale. Ci si attende che i due gruppi di lavoro siano in grado di individuare alcuni presupposti necessari allo sviluppo di un lavoro di comunità condotto con la metodologia proposta.

Obiettivo specifico 2: **Formare un gruppo guida che promuova l'attivazione della comunità** - Il primo passo per coinvolgere la comunità è l'attivazione di un "gruppo guida", costituito dai soggetti che rivestono, nella comunità di appartenenza, un ruolo chiave. Da questo gruppo ci si aspetta che partecipi alle fasi successive di attivazione della comunità coinvolgendo i concittadini, collaborando con i facilitatori nel processo di ricerca partecipata che consente l'emergere dei bisogni e delle caratteristiche del territorio, attivando le reti di cui sono nodi, partecipando all'organizzazione pratica delle iniziative condivise.

Obiettivo specifico 3: **Avviare un processo di progettazione partecipata** - Gli operatori mirano ad ottenere che un gruppo di cittadini si attivi sui rispettivi territori per progettare azioni di promozione della salute. Se l'attivazione della comunità deve tener conto del ruolo chiave degli stakeholder, che saranno pertanto inizialmente considerati interlocutori privilegiati, si prevede di ottenere, nella fase immediatamente successiva, un coinvolgimento della comunità progressivo, "a cerchi concentrici", fino a raggiungere un certo numero di cittadini, motivati ad impegnarsi nel percorso, che, pur operando a titolo individuale, siano rappresentativi dell'intera comunità.

Obiettivo specifico 4: **Avviare e sostenere azioni di promozione della salute** - Il processo di progettazione dovrebbe esitare nella concreta realizzazione di azioni di promozione della salute. La realizzazione delle azioni è necessaria affinché le fasi precedenti del processo possano essere orientate allo scopo, offrendo ai cittadini un orizzonte concreto per il quale collaborare. Ai fini della realizzazione di questo progetto, comunque, non è importante tanto il numero ed il tipo di azioni che saranno realizzate. Il successo dell'iniziativa dipende piuttosto da quanto le azioni vedranno il coinvolgimento diretto dei cittadini nella realizzazione delle stesse. Il coinvolgimento dei cittadini rappresenta anche il presupposto affinché le azioni siano veicolo di empowerment e vengano mantenute nel tempo anche dopo la conclusione del progetto.

1.2 Gli obiettivi secondo gli operatori di Piacenza

Il gruppo operatori di Piacenza, chiamato a esplicitare gli obiettivi del progetto, rivela una posizione differente, lasciando emergere due tipi di obiettivi: alcuni generali, altri di

taglio operativo (fig. 1.1). Tra i primi abbiamo il lavoro sulla *consapevolezza* dei cittadini in merito ai temi della salute e degli stili di vita, considerato di importanza cruciale e che ha molte ricorrenze. Vi è poi l'orientamento e la produzione di scelte di vita salutari e la valorizzazione della salute.

Tra gli obiettivi di carattere operativo spiccano in maniera particolare due: la verifica del modello di progetto (ovvero il confronto con Podenzano), e il lavoro sulla comunità e la partecipazione, considerati strategici per arrivare ad esiti di rilievo.



Figura 1.1

1.3 Gli obiettivi secondo gli operatori di Parma

Gli operatori della AUSL di Parma hanno una prospettiva differente rispetto ai colleghi di Piacenza, non avendo svolto un'esperienza precedente. Essi individuano quindi alcuni obiettivi, con un nucleo di voci vicine: a) lavoro sulla consapevolezza dei cittadini (sui temi di salute), b) lavoro sui comportamenti e stili di vita, c) necessità di educare e accompagnare (per agevolare la consapevolezza).

Vi sono poi anche in questo caso obiettivo di carattere operativo di lavoro sulla comunità per agevolare partecipazione e coinvolgimento, e la creazione di un gruppo.



Figura 1.2

1.4 Conoscenza e condivisione degli obiettivi

I questionari somministrato agli operatori nel corso dei focus group (a Piacenza: iniziale, in itinere e finale; a Parma: iniziale e finale) hanno inteso anche indagare tre aspetti relativi agli obiettivi: la **conoscenza** degli operatori verso essi, il loro grado di **condivisione** (quanto sono d'accordo con tali obiettivi, quanto li ritengono importanti), e il grado di **realizzabilità** (quindi la sostenibilità) degli obiettivi stessi.

L'Obiettivo generale del progetto, inserito nel Documento esecutivo, aveva un grado di conoscenza piuttosto buono in fase iniziale: gli operatori intervistati offrivano risposte che si collocavano in area quasi esclusivamente positiva, anche se vi erano alcuni casi di risposte negative. La condivisione dell'obiettivo generale si attestava in area positiva (con prevalenza delle risposte 'molto positive'), mentre l'opinione sulla

realizzabilità/sostenibilità, pur riscuotendo giudizi positivi, seguiva un andamento inverso all'aspetto precedente: calavano le risposte 'molto p.' e salivano quelle 'abbastanza p.'.

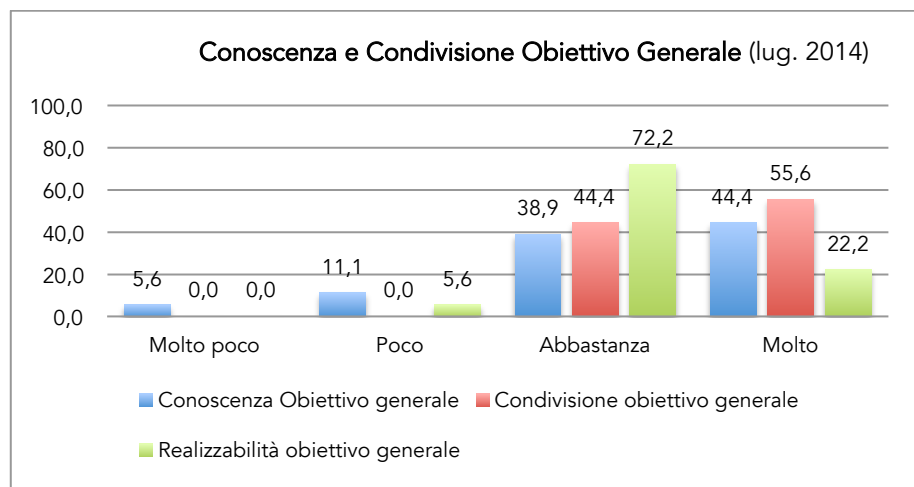


Figura 1.3

Questo trend era presente (in misura talvolta diversa) nelle risposte relative agli obiettivi specifici (tabella 1.1). I questionari compilati dagli operatori infatti mettevano in evidenza:

- la buona conoscenza degli obiettivi progettuali (poche le risposte in area negativa),
- la elevata condivisione da parte degli operatori degli obiettivi stabiliti dai responsabili di progetto (con una tendenza a dichiararsi 'molto d'accordo'),
- l'opinione positiva sulla realizzabilità di tali obiettivi, però con prevalenza di opinioni abbastanza positive, piuttosto che molto.

Pur rimanendo in area positiva la condivisione e la realizzabilità facevano emergere una specularità quindi, che indicava l'opinione degli operatori delle due realtà emiliane in merito alla difficoltà di raggiungere gli obiettivi prefissati, al termine del progetto.

Luglio 2014 – Operatori Piacenza, Operatori Parma – tab. 1.1

	Obiettivo 1 - Costruire rete Intersectoriale			Obiettivo 2- Attivare cittadini che promuov. attiv. comun.			Obiettivo 3 – Avviare progettaz. partecipata			Obiettivo 4 – Avviare e sost. azioni di prom. salute		
	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità
Molto poco	22,2	0,0	0,0	11,1	0,0	0,0	5,6	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	11,1	5,5	16,7	11,1	0,0	5,6	5,6	0,0	11,1	16,6	0,0	11,1
Abbastanza	44,4	55,6	72,2	33,3	33,3	83,3	44,4	38,9	61,1	27,8	44,4	66,7
Molto	22,3	38,9	11,1	44,5	66,7	11,1	44,4	61,1	27,8	55,6	55,6	22,2

Tale tendenza si è confermata 6 mesi dopo da parte degli operatori di Piacenza, che si dicevano ancora d'accordo con gli obiettivi, ma facendo emergere dubbi sulle loro possibilità di realizzazione (tab. 1.2).

Dicembre 2014 – Operatori PIACENZA – tab. 1.2

	Obiettivo 1 - Costruire rete Intersectoriale			Obiettivo 2- Attivare cittadini che promuov. attiv. comun.			Obiettivo 3 – Avviare progettaz. partecipata			Obiettivo 4 – Avviare e sost. azioni di prom. salute		
	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	10,0	0,0	20,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Abbastanza	20,0	40,0	70,0	20,0	30,0	60,0	20,0	20,0	70,0	20,0	30,0	90,0
Molto	70,0	60,0	10,0	80,0	70,0	30,0	80,0	80,0	30,0	80,0	70,0	10,0

Nella fase finale la conoscenza degli obiettivi si rivela particolarmente alta, così come la condivisione e l'accordo degli operatori. L'opinione sulla realizzabilità è più complessa:

- la *costruzione della rete intersectoriale* si attesta su valori prevalentemente negativi (70%), segno che gli operatori ritengono che in questo ambito il lavoro si sia concluso, ma non con gli esiti auspicati;
- l'*attivazione dei cittadini* e l'*avviamento di una progettazione partecipata* si attestano su valori intermedi (risposte negative rispettivamente 50% e 40%), in parte positivi e in parte negativi. Una porzione di operatori ritiene evidentemente che questi due obiettivi non si siano realizzati pienamente e che sia difficile portarli a termine;
- *avviare e sostenere azioni di promozione della salute* è infine l'unico obiettivo ritenuto realizzabile (80% risposte positive). Gli operatori indicano che, nonostante le difficoltà, le azioni sono state correttamente progettate e implementate sul territorio.

tab. 1.3 - Autunno 2015 – Operatori PIACENZA

	Obiettivo 1 - Costruire rete Intersectoriale			Obiettivo 2- Attivare cittadini che promuov. attiv. comun.			Obiettivo 3 – Avviare progettaz. partecipata			Obiettivo 4 – Avviare e sost. azioni di prom. salute		
	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità
Molto poco	10,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	10,0	0,0	10,0	10,0	0,0	0,0
Poco	10,0	10,0	70,0	0,0	10,0	50,0	0,0	10,0	30,0	0,0	10,0	20,0
Abbastanza	40,0	30,0	20,0	30,0	20,0	30,0	20,0	20,0	40,0	20,0	20,0	60,0
Molto	40,0	60,0	10,0	60,0	70,0	20,0	70,0	70,0	20,0	70,0	70,0	20,0

Tra gli operatori di Piacenza man mano che ci si allontana dalla fase iniziale e ci si addentra nel progetto, fino ad arrivare alla sua conclusione, si osserva un preciso trend delle informazioni sugli obiettivi: la conoscenza tende a migliorare e si stabilizza verso valori alti e positivi, l'accordo e la condivisione si confermano molto buoni, mentre l'opinione sulle *possibilità di realizzazione* si fa più incerta e tende a diminuire.

Gli operatori di Parma nella fase finale del progetto (autunno 2015), fanno emergere un punto di vista particolarmente negativo sulle possibilità del progetto di agire sul territorio.

Sull'opinione del gruppo agiscono probabilmente stanchezza e un clima non particolarmente buono che portano a:

- una conoscenza *dichiarata* medio-bassa degli obiettivi (addirittura inferiore a quella iniziale);
- una condivisione medio-alta di 4 obiettivi (gli operatori sono ancora d'accordo con quanto si propone il progetto);
- una percezione delle possibilità di realizzabilità dei singoli obiettivi complessivamente *media*. Nel dettaglio tale percezione è: a) negativa per l'obiettivo 1 (Costruire una rete intersettoriale e interistituzionale); b) media (presenza di opinioni positive ma rilevanza anche delle negative) con per gli obiettivi 2 e 3 (Formazione di un gruppo guida e Avviare un processo di progettazione partecipata); c) positiva (pur con presenza di alcune risposte in area negativa) per il quarto obiettivo (Avviare e sostenere azioni di promozione della salute).

In questo quadro alza decisamente la media il quarto obiettivo che fa registrare una conoscenza *dichiarata*, una condivisione e una percezione di realizzabilità molto elevate. Gli operatori di Parma sembrano quasi focalizzare gran parte dell'attenzione su questo obiettivo, considerandolo come il cuore effettivo del progetto: ne dichiarano una buona conoscenza, lo condividono completamente, ritengono che abbiano buone possibilità di essere realizzato.

tab. 1.4 - Autunno 2015 – Operatori PARMA

	Obiettivo 1 - Costruire rete intersettoriale			Obiettivo 2- Attivare cittadini che promuov. attiv. comun.			Obiettivo 3 – Avviare progettaz. partecipata			Obiettivo 4 – Avviare e sost. azioni di prom. salute		
	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità	Conoscenza	Condivisione	Realizzabilità
Molto poco	14,3	14,3	28,6	0,0	14,3	14,3	14,3	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	42,9	0,0	28,6	42,9	0,0	28,6	28,6	14,3	42,9	14,3	0,0	28,6
Abbastanza	28,5	71,4	42,8	42,9	71,4	57,1	57,1	71,4	57,1	71,4	71,4	57,1
Molto	14,3	14,3	0,0	14,2	14,3	0,0	0,0	14,3	0,0	14,3	28,6	14,3

Le informazioni ci restituiscono un quadro della conoscenza degli obiettivi non buono, migliorabile, e su cui probabilmente poteva essere fatto un lavoro più incisivo su Parma. D'altro canto, anche se gli obiettivi non sono ben noti agli operatori di Parma, essi sono in accordo con tale impostazione. Le possibilità di realizzazione restano incerte, e su questo pesano sia il parziale successo di alcune azioni e l'incapacità di lavoro di un gruppo di cittadini (cap. 4), sia il vissuto degli operatori (cap. 2).

In conclusione i **due gruppi di operatori** che hanno lavorato e lavorano su Piacenza e su Parma si differenziano per approccio e opinione sugli obiettivi progettuali.

- I piacentini hanno buona **conoscenza** degli obiettivi, mentre i colleghi di Parma ne dichiarano una più incerta e in alcuni casi lacunosa. In questo si può leggere anche una certa distanza (effettiva, ma anche informativa) tra i due gruppi e di Parma dalla struttura centrale e decisionale del progetto situata a Piacenza;

- La **condivisione** verso gli obiettivi è elevata e accomuna i due gruppi. Al termine del percorso la maggior parte degli operatori è in accordo l'impostazione progettuale e ne ha compreso la razionalità;
- L'idea di **realizzabilità** è praticamente identica sulle due realtà: negativa in merito al primo obiettivo (rete), intermedia sui secondo ed il terzo (gruppo promozione e progettazione partecipata), positiva sul quarto (azioni). È significativo che nonostante una sostanziale differenza di esperienze (si veda cap. 2) i due gruppi ritengano come: a) alcune **attività** si siano concluse ma non abbiano avuto gli **esiti** sperati (la rete intersettoriale e interistituzionale non è stata davvero realizzata); b) altre hanno avuto esiti parziali (l'attivazione di un gruppo che promuova è avvenuta, ma probabilmente sino a un certo punto -si veda cap. 3-, così come la partecipazione che vi è stata in maniera significativa dal punto di vista quantitativo, ma con fasi alterne e con una qualità/attività non sempre sperata (si veda cap. 4); c) altre hanno avuto esito positivo (azioni di promozione) con un seguito importante di partecipanti.

1.5. Congruenza tra gli obiettivi del progetto e gli obiettivi degli operatori

Cercando di andare oltre le opinioni degli operatori (paragrafo 1.4) e osservando quanto riportato nel progetto esecutivo (paragrafo 1.1) e quanto dichiarato dai gruppi di lavoro delle due AUSL (paragrafi 1.2 e 1.3), a metà progetto si è notato che alcuni aspetti risultavano altamente compresi e condivisi dagli operatori, mentre altri lo erano meno. L'obiettivo generale (*attivare la comunità attraverso la progettazione partecipata per affrontare i quattro temi di guadagnare salute*), anche se non esplicitato con tale lessico, pareva essere ben compreso da tutti e concettualmente incluso negli obiettivi generali di *produzione di consapevolezza* e di *agevolazione di scelte salutari*, e negli obiettivi operativi di *lavoro sulla comunità*.

Più vaga, o comunque più articolata, è risultata la comprensione e la condivisione degli obiettivi specifici, ma le dichiarazioni dei due gruppi parevano comunque prevedere una qualche forma di congruenza: 1) L'ob. specifico 1, *creazione di una rete intersettoriale e interistituzionale*, non aveva corrispondenza significativa; 2) l'ob. specifico 2, *Formazione di un gruppo guida*, aveva una congruenza parziale (gli operatori di Parma riconoscono come obiettivo operativo la Creazione di un gruppo); 3) l'ob. specifico 3, *Avviare progettazione partecipata*, non è mai stato apertamente esplicitato; 4) l'ob. specifico 4, *Avviare e sostenere azioni di promozione della salute*, era incluso dal Lavoro sulla consapevolezza e sulle scelte, e Lavoro sui comportamenti (Parma).

In sostanza si può dire che il **grado di congruenza**, tra Progetto esecutivo e Dichiarazioni dei due gruppi di lavoro a gennaio 2015, sia stato **medio**:

- l'obiettivo generale era altamente condiviso, così come il quarto obiettivo specifico,
- gli obiettivi maggiormente strumentali (1-3) sembravano invece ancora poco compresi dai gruppi di operatori.

Tale informazione non è stata ritenuta negativa né positiva nel report di valutazione intermedia, ma ha restituito soltanto un livello di corrispondenza da tenere sotto controllo per le fasi successive del progetto, affinché quanto stabilito dalle Aziende AUSL fosse correttamente applicato sul territorio. Si è ritenuto comunque che l'aspetto positivo sia che nelle dichiarazioni degli operatori non vi siano stati obiettivi 'estranei' al progetto, segno che il loro lavoro è stato orientato nella direzione concordata e stabilita.

Nella fase finale del progetto le informazioni a disposizione confermano il livello medio di congruenza: la conoscenza degli obiettivi da parte degli operatori resta buona, ma migliorabile, e il loro quadro disegnato ad inizio progetto (figg. 1.1 e 1.2) e la loro "azione" durante il progetto incontrano gli obiettivi stabiliti ad un buon livello.

1.6 Grado di conseguimento degli obiettivi

Il lavoro di rendicontazione per Regione Emilia Romagna descrive nel dettaglio il grado di conseguimento degli obiettivi. Tale lavoro viene riassunto sotto e gli esiti sono positivi. La percezione da parte degli operatori pare non seguire necessariamente questo andamento, pertanto il capitolo rende anche conto dei motivi che producono tale divaricazione tra la percezione dei gruppi interni alle AUSL e il livello descritto nel documento ufficiale.

La tabella 1.5 schematizza il grado di realizzazione dei quattro obiettivi secondo i due gruppi responsabili del progetto su Parma e Piacenza come riportato nel documento Rendicontazione¹, redatto per la Regione. L'analisi degli operatori e dei dirigenti, basata su dati oggettivi e stati di avanzamento effettivi, rende conto del buon grado di conseguimento degli obiettivi dichiarati:

- il primo obiettivo è completato (i gruppi di operatori sono stati costituiti ad inizio progetto; l'attività di *problem solving* è realizzata al 75%);
- il secondo obiettivo (costituzione di un gruppo di cittadini capace di promuovere) è stato interamente realizzato (il profilo di comunità, la costituzione del comitato promotore e le attività di tale comitato, sono stati completati);
- il terzo obiettivo (avviamento di un processo di progettazione partecipata) è terminato (i Laboratori di comunità sono stati realizzati, la pianificazione strategica si è conclusa);
- il quarto obiettivo (avviare e sostenere azioni di promozione della salute) è in fase di conseguimento (ad uno stato avanzato per quanto riguarda il supporto alla realizzazione delle azioni; ad uno stato ancora embrionale il consolidamento della

¹ È opportuno precisare che nel documento *Rendicontazione* si parla più specificamente di Azioni e del loro grado di completezza (all'interno dei singoli Obiettivi), mentre in questo paragrafo ci si concentra esclusivamente sugli Obiettivi.

rete, con le due realtà che stanno per accingersi a ragionare sulle possibilità del progetto successive all'uscita delle Aziende Sanitarie).

Tab. 1.5 Grado di realizzazione degli obiettivi – fonte Rendicontazione

Obiettivo	Sotto-obiettivi, attività	Grado di conseguimento
1. Costruire un rete intersettoriale e interistituzionale	Costituzione gruppo operatori	Completo (100%)
	Problem solving	Completo (100%)
2. Costruire un gruppo di cittadini che promuove	Profilo di comunità e contatto con stakeholder	Completo (100%)
	Costituzione comitato promotore	Completo (100%)
	Attività del comitato promotore	Completo (100%)
3. Avviare un processo di progettazione partecipata	Laboratorio di comunità	Completo (100%)
	Pianificazione strategica	Completo (100%)
4. Avviare e sostenere azioni di promozione della salute	Supporto alla realizzazione di azioni	100% Parma; 100% Piacenza
	Consolidamento della rete	90% Parma; 10% Piacenza

Le opinioni di una parte degli operatori in merito alla realizzabilità degli obiettivi paiono confliggere con le informazioni riportate in tabella. Ma questo avviene solo in minima parte in quanto, come detto nella nota 2, esse si rivolgono più specificamente alle Azioni (e al loro grado di completezza) all'interno degli obiettivi, mentre il presente capitolo si focalizza solo sugli Obiettivi. Inoltre esse ci aiutano a comprendere meglio dinamiche, meccanismi e punti di forza e di debolezza del progetto. Esse fanno luce sull'effettiva condivisione degli obiettivi con il gruppo di lavoro, ancora da curare e da approfondire, e certamente migliorabile.

Inoltre serve precisare che i quattro "obiettivi" esplicitati nel progetto esecutivo e riportati nella rendicontazione, sono più correttamente identificabili come step/fasi del progetto, piuttosto che come veri e propri obiettivi. Il giudizio *qualitativo* degli operatori quindi pare soffermarsi più sulla qualità (percepita) del completamento delle azioni, piuttosto che sulla quantità (effettiva) del percorso svolto. I due aspetti non sono necessariamente in conflitto o mutualmente esclusivi: gli operatori evidenziano semmai la qualità del percorso svolto, certamente filtrata dal loro vissuto e dalla complessa rete di relazioni.

Costruzione di una rete intersettoriale e interistituzionale. Nel documento di Rendicontazione il grado di conseguimento di questo obiettivo è quasi completo, ma nella descrizione degli operatori le cose sono parzialmente opposte. Il gruppo di Parma in particolare sconta una situazione non positiva, con un vissuto faticoso, anche per via di problemi in alcuni gruppi, e per non aver compreso sin dall'inizio l'architettura del progetto. Ad ogni modo l'opinione degli operatori è utile per sottolineare che nonostante l'obiettivo/azione sia realizzato esso nasconde alcune criticità: il gruppo necessita di ulteriori interventi di rinsaldamento e rafforzamento.

Costruzione di un gruppo di cittadini che promuove. Come ben dettaglia e spiega la rendicontazione tale attività è stata completata totalmente ormai alcuni mesi fa con l'analisi della comunità, la costituzione del comitato promotore e il suo lavoro sul territorio. Per una parte operatori, in fase finale, la realizzabilità di questo obiettivo è

buona, ma ancora incompleta. Evidentemente essi non si riferiscono unicamente al lavoro del comitato promotore, ma al più ampio compito dei cittadini delle due realtà e alla loro capacità promozionale delle azioni e dei principi di Guadagnare Salute. Il giudizio positivo, ma parzialmente, inoltre evidenzia come, secondo alcuni operatori, tale gruppo abbia potenzialità non completamente realizzate e alcune criticità al suo interno (persone difficilmente gestibili, cittadini parzialmente attivi, partecipazione non sempre costante). *Avviare un processo di progettazione partecipata.* La rendicontazione spiega che anche questa attività è stata completata mesi fa attraverso i due Laboratori di Comunità e la Pianificazione strategica sui due territori. Per una parte operatori, in fase finale, la realizzabilità di questo obiettivo è buona, ma ancora incompleta. Tale giudizio è motivato con l'andamento incerto di alcuni gruppi che hanno visto una gestione faticosa per la presenza di alcuni soggetti e per i flussi partecipativi non sempre regolari. La progettazione è dunque giunta effettivamente al termine, ma i percorsi che la hanno caratterizzata sono stati di vario tipo, e nei casi più difficili gli operatori hanno supplito all'assenza dei cittadini in termini progettuali.

Avviare e sostenere azioni di promozione della salute. Un caso ancora diverso dagli altri è costituito da informazioni e giudizi in merito al conseguimento di questo obiettivo/attività. Nella rendicontazione si indica che la parte relativa alle azioni è quasi completa (più avanzata su Piacenza per motivi strettamente organizzativi, ma in procinto di essere messa in atto anche su Parma), mentre la parte di consolidamento della rete è ancora incerta e da definire. Il giudizio degli operatori è in questo caso positivo, ad un livello pari o superiore rispetto a quanto riportato nella rendicontazione. In questo caso essi mettono in evidenza la conclusione del processo di progettazione e realizzazione delle azioni sul territorio, anche se (cap. 4) la qualità della partecipazione non è stata sempre elevata e continuativa. Essi in realtà spiegano (focus group) che la continuità del lavoro dei gruppi in alcuni è stata assicurata da alcuni componenti/cittadini e da loro stessi, ma di fatto poi sul territorio le azioni sono state realizzate e chi vuole può prenderne parte.

Quindi di fatto le due realtà si trovano effettivamente con alcune opportunità per mettere in pratica comportamenti salutari, anche se il processo attraverso cui si è giunti a tale risultato è stato tortuoso, ricco di elementi e fattori esterni e non previsti e non "controllabili" (es. in positivo: presenza di cittadini con contatti privilegiati, presenza di cittadini attivi; in negativo: cittadini poco collaborativi e partecipativi, contesto poco disponibile o favorevole).

2. I Gruppi di Operatori sui due territori

Premessa

Questo capitolo ha come oggetto di analisi due gruppi di stakeholder di assoluta rilevanza per la progettazione, la realizzazione e l'esito di Guadagnare Salute: gli operatori appartenenti alle AUSL di Piacenza e di Parma.

Si dedica un capitolo specifico a queste figure in quanto essi hanno un ruolo cruciale nel progetto nella Azienda Sanitaria e sul territorio (a fianco dei cittadini). Essi inoltre fruiscono in maniera diretta dell'attività del formatore (su temi di *problem solving* e di progettazione) nella fase iniziale ma anche intermedia, e a loro volta hanno un ruolo attivo nella formazione dei cittadini. Con questi ultimi inoltre condividono le fasi di individuazione, progettazione e realizzazione delle azioni sul territorio, maturando così una conoscenza privilegiata e approfondita del progetto (azioni, dinamiche relazionali, obiettivi, ecc.).

Il valutatore ha incontrato nei vari momenti i gruppi, consultandoli e coinvolgendoli con differenti strumenti di ricerca. Il capitolo considera in maniera particolare:

- il vissuto dei due gruppi in varie fasi;
- la loro opinione sul lavoro e sul percorso di formazione di cui hanno beneficiato;
- il loro senso di appartenenza al gruppo e al progetto;
- la qualità del loro lavoro (autovalutazione e giudizio dei cittadini).

2.1 Il vissuto dei due gruppi nelle varie fasi del progetto

Inizio progetto

Le emozioni e gli stati d'animo dei due gruppi di operatori che si avvicinavano al progetto a luglio 2014 erano differenti:

- a) quello di Piacenza aveva l'entusiasmo di chi si rimette in gioco, sa a cosa sta andando incontro e vuole ricominciare un'esperienza coinvolgente e ricca.

Emergevano quindi termini come 'consapevolezza', 'entusiasmo', 'avventura' – nuova-; ma vi era anche il 'timore' verso una comunità sconosciuta e verso un possibile fallimento.

- b) il vissuto degli operatori di Parma era carico di dubbi, incertezze, domande, ma anche di un desiderio di passare al lavoro concreto, dopo il momento formativo iniziale.

In entrambi i gruppi alcuni componenti ritenevano comunque che l'impegno nel progetto fosse un'opportunità lavorativa e di crescita professionale.

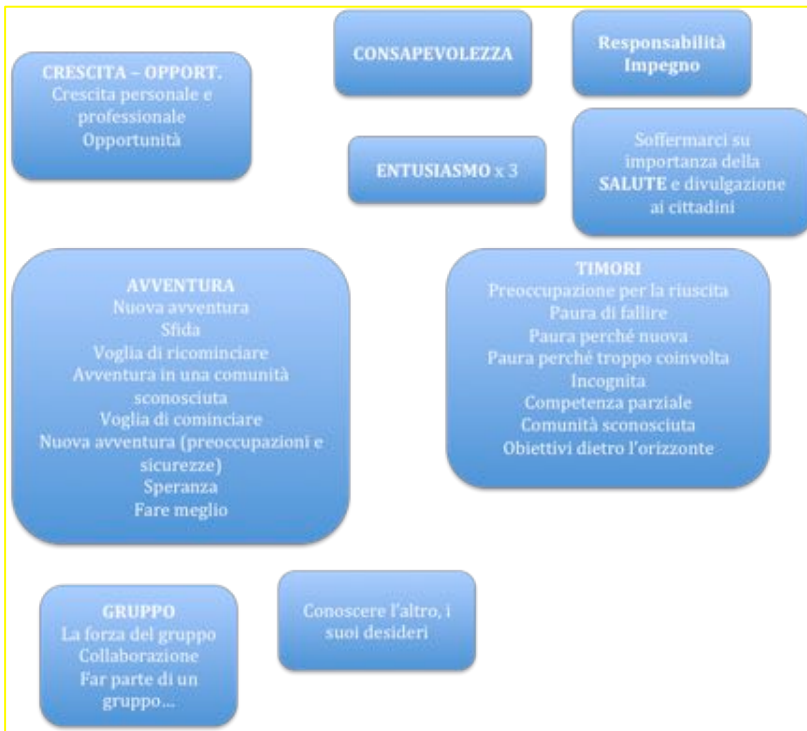


Figura 2.1 Vissuto INIZIALE operatori PARMA

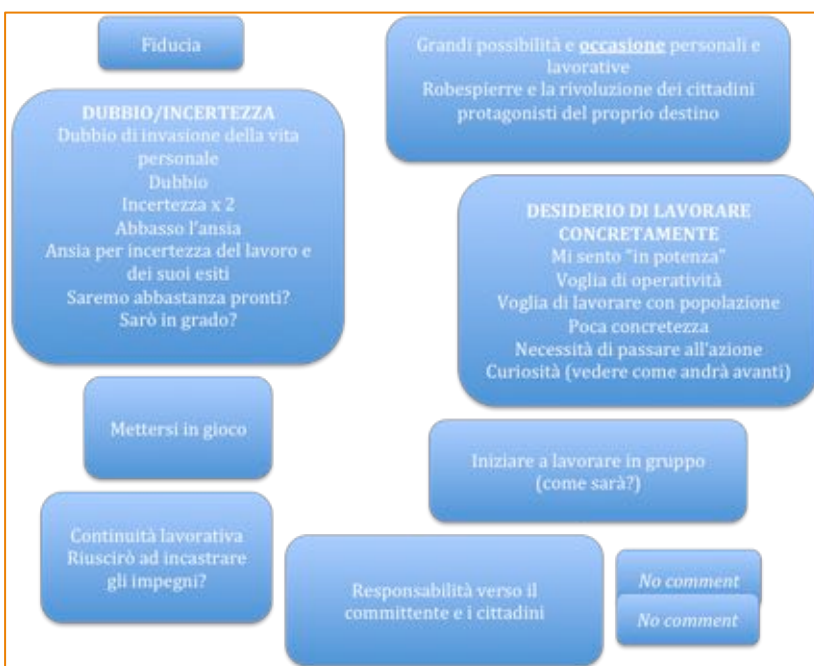


Figura 2.2 Vissuto INIZIALE operatori PIACENZA

Metà percorso

A metà percorso i due gruppi erano entrambi focalizzati sul progetto, sulla gestione delle persone e dei gruppi, sui rischi possibili.

Gli operatori di Piacenza hanno vissuto un momento di stress per i vari impegni (anche mentali), per le scadenze e le incombenze da rispettare e adempiere. Ma al contempo il gruppo ha saputo autoregolarsi, dandosi ruoli precisi e essendo luogo di confronto. Questo ha portato ad un buon lavoro sul territorio e sulle azioni senza più l'entusiasmo dell'esperienza precedente ma con la consapevolezza degli strumenti e delle competenze a disposizione del gruppo. Esso ha quindi espresso un senso di fiducia verso il futuro del progetto e le evoluzioni che lo attendevano, nella consapevolezza (appunto) che l'impegno e la collaborazione di tutti avrebbero portato frutto.



fig. 2.3 Vissuto INTERMEDIO operatori PIACENZA

Il gruppo di Parma a maggio 2015 viveva un periodo di preparazione delle azioni e di conseguenza di gestione dei gruppi e delle persone. Gli operatori segnalavano stanchezza e confusione, essendo alla prima esperienza e dovendo districarsi tra impegni, organizzazione e presenza professionale in un'attività nuova per tutti loro. La presenza nei gruppi di alcuni soggetti particolarmente difficile da gestire alimentava tale stato d'animo, ma per fortuna hanno partecipato anche cittadini ben disposti e disponibili a lavorare, che si sono impegnati e che hanno garantito la prosecuzione dell'attività dei gruppi. Ciò ha generato fiducia e speranza per la riuscita del progetto nel suo complesso, anche se il margine di incertezza era elevato.

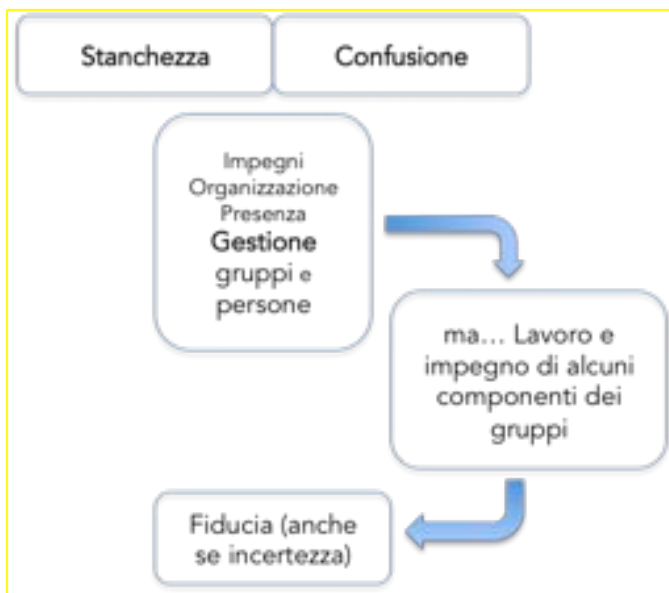


fig. 2.4 Vissuto INTERMEDIO operatori PARMA

Fase finale

A fine progetto gli operatori di Parma, nonostante i risultati molto buoni in termini numerici, fanno prevalere un vissuto e uno stato d'animo caratterizzato da delusione delle aspettative, frustrazione per non aver prodotto i cambiamenti ipotizzati all'inizio e per essersi sentiti abbandonati, spaesamento per non aver compreso sin dall'inizio il percorso del progetto.

Il gruppo lamenta:

- a) *una poca chiarezza del progetto sin dalle fasi iniziali*
 "non abbiamo avuto chiaro, non ci è stato spiegato, come si sarebbe evoluto il progetto"
 "non sapevamo cosa sarebbe successo in seguito"
 "nella fase iniziale in ogni incontro scoprivamo qualcosa di nuovo, ma noi non avevamo chiaro il percorso complessivo";
- b) *l'assenza di una guida e di un accompagnamento durante la fase di realizzazione del progetto.* Alcuni degli operatori segnalano che avrebbero avuto maggiore necessità di essere indirizzati e accompagnati non avendo la necessaria esperienza nella gestione di progetti di questo genere.
- c) *"scarsa efficacia del nostro lavoro"*. Sia gli operatori di gruppi che hanno fin qua avuto risultati modesti, sia quelli di gruppi che hanno prodotto azioni partecipate, ritengono che il loro lavoro ha avuto effetti in realtà minimi e che sono alcune dinamiche del territorio (a volte casuali) che hanno portato alla realizzazione delle azioni. Prevale quindi il dubbio per la portata e l'importanza del proprio lavoro.
- d) *scarsa autonomia dei cittadini e degli operatori.*
 "ci siamo resi conto ad un certo punto che alcuni aspetti e alcune fasi del progetto erano già stati decisi"
 "ci è parso che non abbiamo potuto incidere più di tanto sulla struttura del progetto"
 "la parte iniziale del progetto, ripensata adesso, ci sembra troppo lunga e troppo dispendiosa, soprattutto perché poi i cittadini non hanno tutta queste libertà e possibilità".

Il gruppo si dichiara pertanto deluso e dice di aver sofferto spaesamento e frustrazione durante la realizzazione del progetto, dovute anche all'impressione (non unanime, va precisato) di essere stati abbandonati.

Ne conseguono:

- una scarsa motivazione a ripetere l'esperienza in futuro
- una soddisfazione assente o bassa verso il progetto
 "soddisfazione è un termine che non userei per questo lavoro, nonostante i buoni risultati del mio gruppo"
 "siamo poco soddisfatti, troppi problemi sono stati incontrati e creati".

Da segnalare che vi sono state anche difficoltà aziendali per la gestione del progetto e delle risorse umane impiegate. Le esigenze dell'azienda hanno infatti sempre prevalso su quelle del progetto e ne hanno quindi reso difficile la realizzazione e la gestione.

"Serve consapevolezza che il progetto entra nel piano di azioni con un budget ore specifico e preciso".

"Per partecipare alle attività del progetto spesso ci hanno segnato ore di formazione... e questo non corrisponde alla realtà: noi eravamo e siamo qua a lavorare".

"Nei nostri uffici il progetto non è stato pienamente compreso, serve che l'azienda lo faccia proprio".

"Parte della frustrazione degli operatori nasce dalla natura flessibile del progetto e dalla difficoltà di gestirlo con i normali impegni di lavoro".

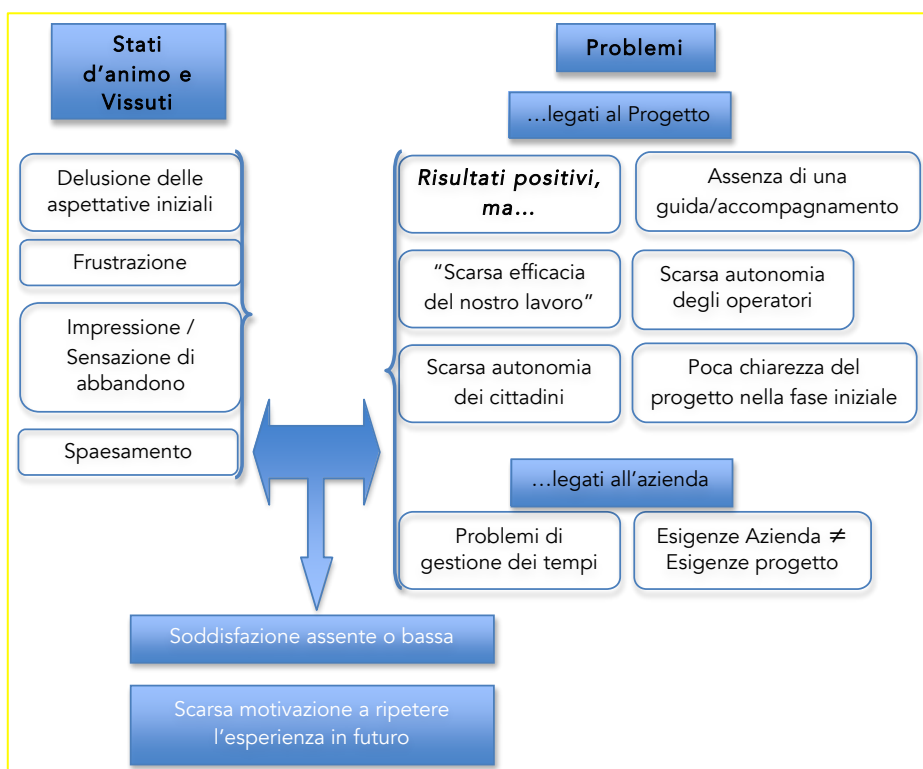


fig. 2.5 Vissuto FINALE operatori PARMA

Il gruppo di Parma, rispetto ai vissuti precedenti, hanno prevalso a) i timori del vissuto iniziale) e b) la confusione e la stanchezza per la gestione di gruppi e persone (vissuto intermedio). Questi due fattori uniti ad alcuni problemi aziendali e ad altri di coordinamento del gruppo e del progetto sul territorio, hanno portato il gruppo dalla

fiducia intermedia alla sfiducia finale, che tende a enfatizzare gli aspetti negativi, sottovalutando gli elementi di successo.

Nella fase finale del progetto gli operatori di Piacenza utilizzano con frequenza l'aggettivo "stanchi" per definire la loro condizione come gruppo e i loro vissuti individuali. Essi si dichiarano sotto stress e sfiduciati per via di possibili difficoltà di prosecuzione.

"L'obiettivo era lasciare qualcosa dopo l'intervento ASL e temiamo di non riuscirci"

"Il progetto è stato davvero impegnativo nelle ultime settimane, siamo stanchi"

"Stanchi e un po' sfiduciati, speriamo di poter permettere la prosecuzione... ma abbiamo molti dubbi"

"I cittadini non ci sembrano convinti di continuare e questo ci rende un po' pessimisti sul futuro"

"Gli operatori temono e sentono il fallimento del progetto, nel caso non vi sia una prosecuzione da parte dei cittadini"

In ogni caso il gruppo di lavoro è determinato a portare avanti e a termine il progetto, in quanto è consapevole della propria esperienza e delle competenze acquisite in questo e nel precedente lavoro (Podenzano). Tale consapevolezza conduce ad una sostanziale fiducia nella conclusione positiva del progetto per quanto riguarda la realizzazione sul territorio delle azioni previste e pianificate.

A Piacenza la *fiducia* e la *consapevolezza* non sono venute meno e hanno attraversato varie fasi del processo, nonostante vari problemi; ad esse però si è affiancata, nella fase finale, la preoccupazione per la possibile mancata prosecuzione delle attività dopo il termine del progetto.

La fiducia si è quindi focalizzata e ristretta esclusivamente sulla riuscita delle azioni, ma è accompagnata dal dubbio e dall'incertezza riguardo la vita di Guadagnare Salute dopo l'uscita di AUSL.



fig. 2.6 Vissuto FINALE operatori PIACENZA

2.2 La formazione

2.2.1 Il giudizio sulla formazione

Nella prima fase del progetto la formazione nei due gruppi è stata vissuta con interesse ed entusiasmo e ha suscitato opinioni prevalentemente positive, espresse nei questionari. Il lavoro del formatore veniva ritenuto soddisfacente, convincente ed invogliava a passare alle fasi successive del progetto (fig. 2.3). L'opinione era quasi esclusivamente positiva, con una quota non trascurabile di 'abbastanza' per la soddisfazione (colonne blu), mentre prevalevano i molto per le altre due voci (colonne rosse e colonne verdi).

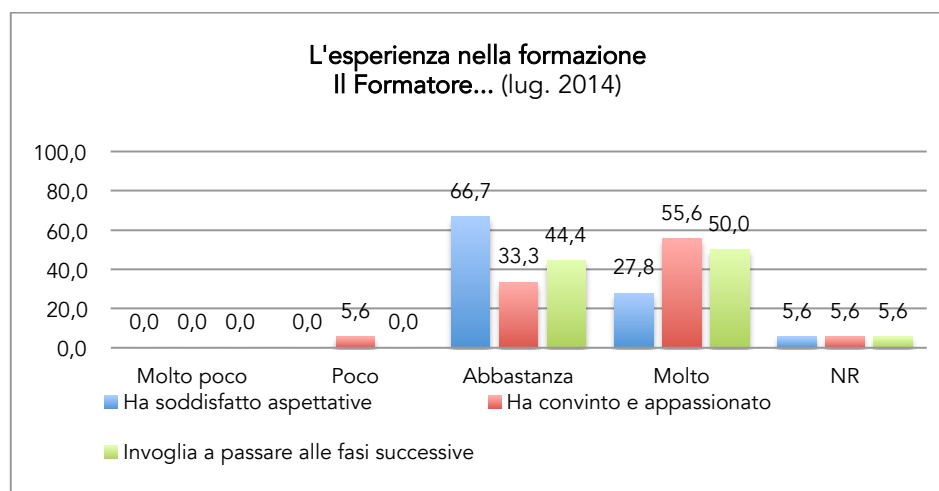


Fig. 2.7

Nella fase finale del progetto (autunno 2015) (fig. 2.8) si assiste ad un lieve calo delle valutazioni positive con la conseguente comparsa di negative (Soddisfazione aspettative 25,8%, Capacità di appassionare 29,4%). In particolare, come si può vedere più avanti, queste dinamiche dipendono dal gruppo di Parma che segnala alcuni problemi incontrati e fa emergere alcune critiche nella gestione del progetto.

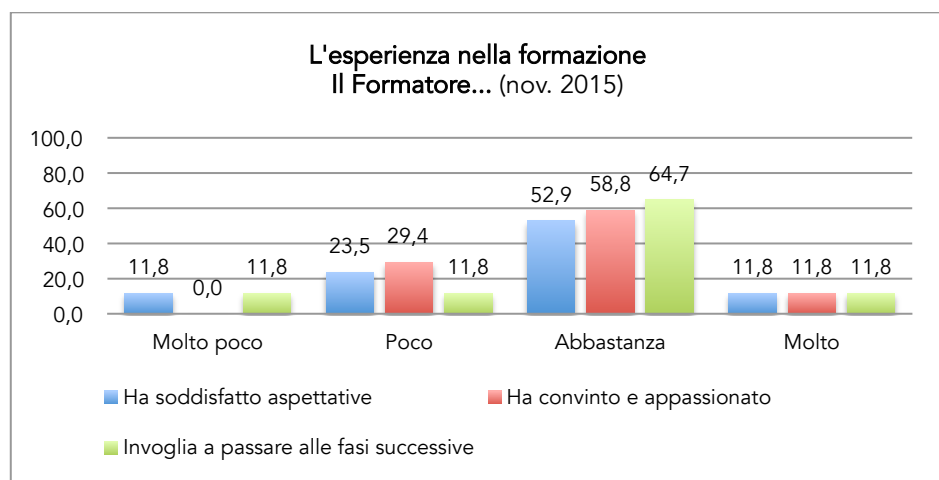


Fig. 2.8

Il gruppo di Piacenza a dicembre 2014, ripetendo il questionario, fa emergere una modifica della soddisfazione (tab. 2.1): essa resta esclusivamente in ambito positivo, ma calano i 'molto' e aumentano gli 'abbastanza', quasi ad indicare un calo di soddisfazione. A fine 2015 si registrano dati positivi e stabili per la *soddisfazione aspettative* e per *capacità di appassionare*, mentre si ha un lieve calo per la *capacità di invogliare al passaggio alle fasi successive*: scendono i "molto" (10%), salgono gli "abbastanza" (80%), compaiono i "poco" (10%). Tali informazioni celano in realtà alcuni dubbi nella prosecuzione e nella ripetizione di un impegno di questo genere, che il gruppo di Piacenza fa emergere.

Tab. 2.1 L'Attività del Formatore... (Operatori AUSL Piacenza)

	Ha soddisfatto le aspettative			Convincente e appassionante			Invoglia a passare alle fasi successive		
	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0	0,0	0,0	10,0
Abbastanza	60,0	80,0	80,0	10,0	90,0	70,0	20,0	60,0	80,0
Molto	40,0	20,0	20,0	90,0	10,0	20,0	80,0	40,0	10,0

Le informazioni relative al gruppo di Parma producono una flessione maggiore di Piacenza tra inizio e fine progetto (tab. 2.2).

- Le aspettative iniziali paiono essere state (in gran parte) poco soddisfatte e deluse (le risposte negative passano dallo 0% all'85,7%),
- Il formatore viene ritenuto convincente e appassionante solo in parte, comunque con una prevalenza di giudizi in area negativa,
- La sua attività continua ad invogliare il passaggio alle fasi successive, ma in misura decisamente inferiore rispetto al periodo iniziale.

Tab. 2.2 L'Attività del Formatore... (Operatori AUSL Parma)

	Ha soddisfatto le aspettative		Convincente e appassionante		Invoglia a passare alle fasi successive	
	Luglio 2014	Ottobre 2015	Luglio 2014	Ottobre 2015	Luglio 2014	Ottobre 2015
Molto poco	0,0	28,6	0,0	0,0	0,0	28,5
Poco	0,0	57,1	12,5	57,1	0,0	14,3
Abbastanza	75,0	14,3	62,5	42,9	75,0	42,9
Molto	12,5	0,0	12,5	0,0	12,5	14,3
NR	12,5	0,0	12,5	0,0	12,5	0,0

A fine 2015 i due gruppi di operatori hanno espresso una valutazione differente come emerge anche dalle figure che rappresentano e schematizzano i loro vissuti e stati d'animo.

Gli esiti disaggregati dei questionari di soddisfazione aiutano a capire le dinamiche. A luglio 2014 il formatore veniva giudicato preparato/competente e coinvolgente ad un elevato livello (fig 2.9) (molto oltre il 70%).

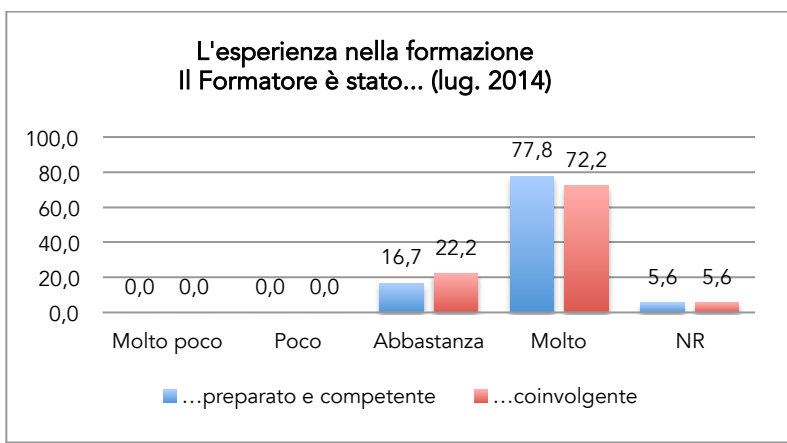


Fig. 2.9

Nella fase finale del progetto (autunno 2015) (fig. 2.10) si ha una variazione nelle valutazioni dei due gruppi di operatori. Il giudizio sulla preparazione e la competenza del formatore non varia, resta positivo e anche se si ha una distribuzione differente (molto 58,8%, abbastanza 23,5%, poco 5,9%). Per la *capacità di coinvolgimento* invece si osservano cambiamenti maggiori, con un calo della soddisfazione (i *molto* calano 11,8%, spostandosi sugli *abbastanza* 64,7%; i giudizi negativi si attestano al 23,6%).

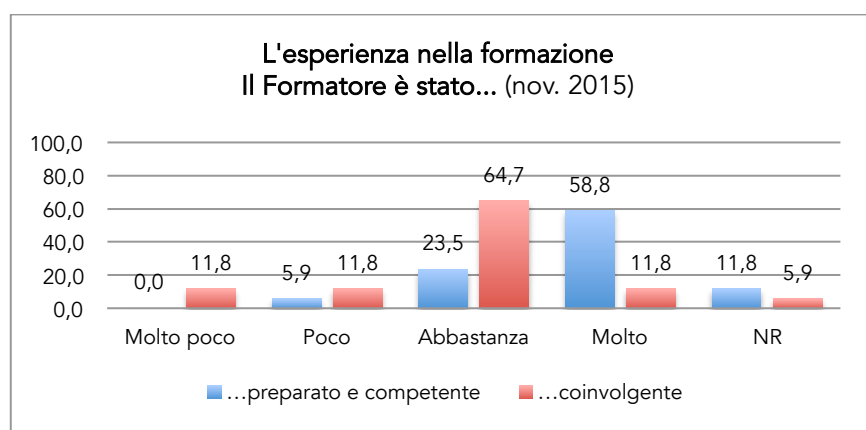


Fig. 2.10

A dicembre 2014, su Piacenza, si riproduce la tendenza segnalata nella dimensione precedente: pur restando la valutazione positiva, si assiste ad un calo dei 'molto' con un aumento degli 'abbastanza' soddisfatti (tab. 2.3).

A novembre 2015 si rafforza il giudizio positivo sulla preparazione e la competenza del formatore (molto 80%), mentre si hanno lievi variazioni sulla capacità di coinvolgimento.

Tab. 2.3 - Operatori AUSL Piacenza %

	Formatore preparato e competente			Formatore coinvolgente		
	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	10,0
Abbastanza	10,0	50,0	20,0	0,0	70,0	80,0
Molto	90,0	50,0	80,0	100,0	30,0	10,0

Queste informazioni indicano come il gruppo di Piacenza conservi una opinione elevata sulle competenze del formatore. Si nota però come nell'arco di 18 mesi circa, il giudizio sulla capacità di coinvolgimento sia passato da una valutazione completamente positiva, ad una ancora positiva ma più composita e certamente frutto di esperienze e vissuti. Per il gruppo di Parma si hanno a disposizione informazioni relative all'inizio e alla fase finale del progetto. Il giudizio degli operatori in merito alla competenza e alle capacità del formatore si conferma positivo, anche se con un lieve calo rispetto a 18 mesi prima e alcune modifiche nella distribuzione (tab. 2.4).

- La valutazione della competenza del formatore conserva una prevalenza di giudizi positivi (57,6%), ma si osserva un calo dei 'molto' (da 62,5% a 28,6%), inoltre compaiono giudizi negativi (14,3%) e alcune non risposte (28,6%);
- Anche la valutazione della capacità di coinvolgimento una prevalenza di giudizi positivi (57,2%), ma di nuovo si ha un calo (sia per i 'molto' che per gli 'abbastanza') e compaiono opinioni negative (28,6%).

Tab. 2.4 Parma

	Formatore preparato e competente		Formatore coinvolgente	
	Luglio 2014	Ottobre 2015	Luglio 2014	Ottobre 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	28,5
Poco	0,0	14,2	0,0	0,0
Abbastanza	25,0	28,6	50,0	42,9
Molto	62,5	28,6	37,5	14,3
NR	12,5	28,6	12,5	14,3

2.2.2 Risultati sui gruppi

Gli effetti della formazione sui gruppi sono buoni nella parte iniziale: i rispondenti dichiarano che ha contribuito a unire e affiatare i componenti. Le risposte negative sono con alta probabilità dovute al gruppo di Piacenza che in realtà era già costituito dalla volta precedente e quindi segnala di non aver avuto particolari benefici in questo senso.

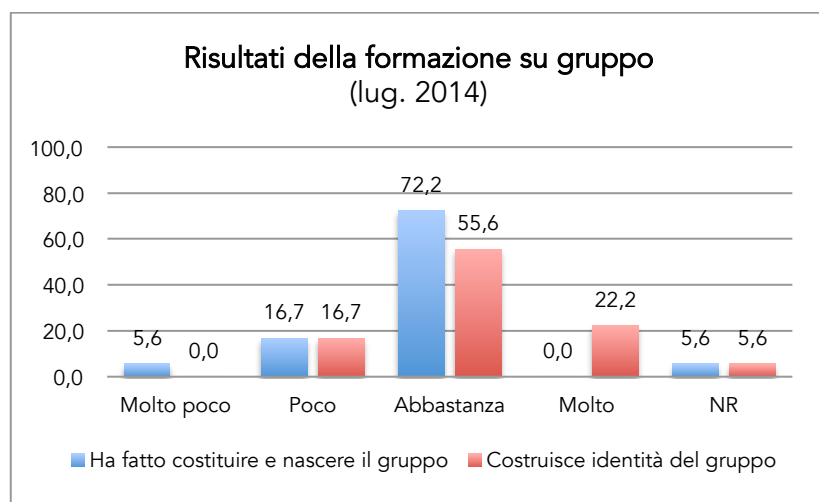


Fig. 2.11

A fine progetto il questionario indaga esclusivamente sulla capacità della formazione di contribuire e costruire l'identità del gruppo (fig. 2.12). Si assiste ad un lieve calo delle

opinioni positive (-13,1%), accompagnato dalla conseguente crescita di negative (i poco si attestano al 29,4%). Le due realtà quindi, a fine percorso, segnalano che il lavoro di formazione ha avuto comunque una importanza per la costituzione dei gruppi e per la formazione di una loro identità.

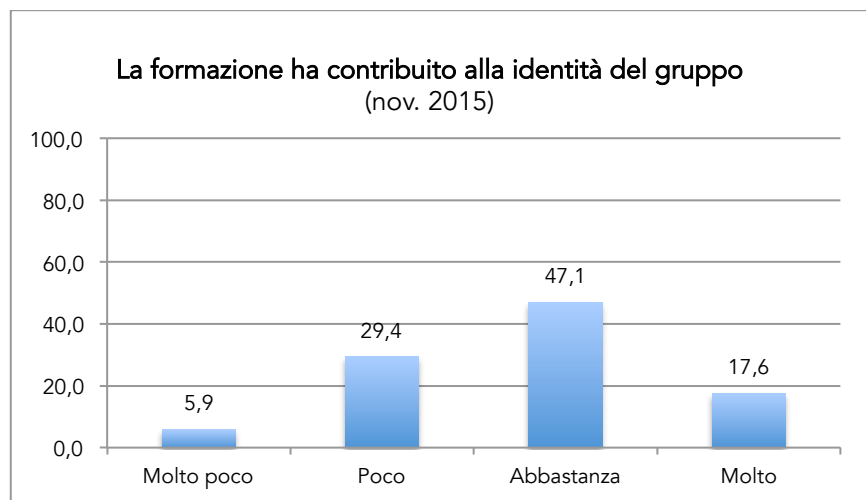


Fig. 2.12

Gli operatori di Piacenza mantengono una valutazione positiva e stabile per tutto il percorso progettuale (tab. 2.5): essi valutano favorevolmente il ruolo della formazione sul loro gruppo, sia a luglio 2014, sia a dicembre 2014, sia a novembre 2015, segnalando così di aver beneficiato di interventi formativi utili in questo senso.

Tab. 2.5 Formazione: effetti sul gruppo - PIACENZA

	Ha costruito l'identità del gruppo		
	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015
Molto poco	0,0	10,0	0,0
Poco	10,0	10,0	10,0
Abbastanza	70,0	50,0	70,0
Molto	20,0	30,0	20,0

L'opinione degli operatori di Parma a ottobre 2015 (tab. 2.6) è che la formazione abbia contribuito poco a formare l'identità del gruppo. Anche in questo caso si registra un notevole calo di fiducia, segno dello scarso apprezzamento di questo gruppo verso il lavoro del formatore. A luglio 2014 prevalevano le valutazioni positive (abbastanza 62,5%), mentre a ottobre 2015 si ha un netto incremento di valutazioni in area negativa (57,1% poco, 14,3% molto poco). Durante il focus gli operatori spiegano che gli interventi di formazione non hanno aiutato a costituire e rafforzare il loro gruppo, anzi. Esso invece è emerso e ha avuto capacità di lavorare in autonomia una volta terminato il periodo iniziale allorché i componenti si sono trovati da a lavorare da soli.

Tab. 2.6 Formazione: effetti sul gruppo - PARMA

	Ha costruito l'identità del gruppo	
	Luglio 2014	Ottobre 2015
Molto poco	0,0	14,3
Poco	25,0	57,1
Abbastanza	62,5	14,3
Molto	0,0	14,3
NR	12,5	0,0

L'utilità della formazione, per la diffusione di competenze (problem solving, sviluppo di comunità, promozione della salute), viene complessivamente giudicata di buon livello ad inizio progetto seppur con la presenza di opinioni negative (fig. 2.13).

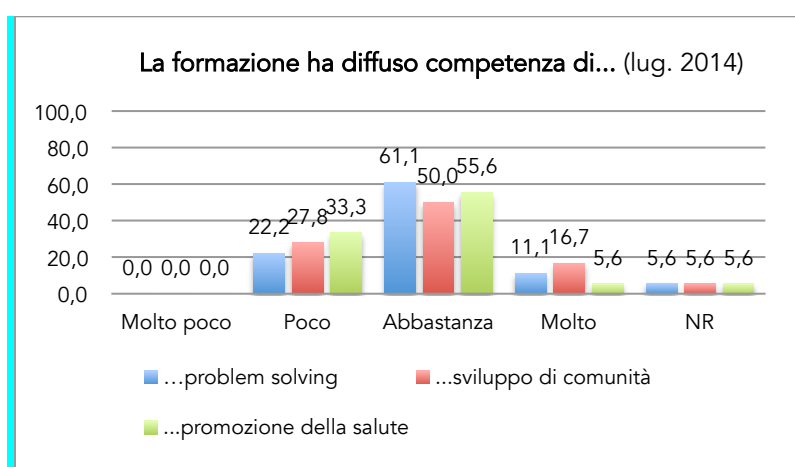


Figura 2.13

Al termine di Guadagnare Salute (fig. 2.14) la valutazione positiva viene mantenuta con proporzioni simile a quelle iniziali (prevalenza degli abbastanza per i tre aspetti). Da notare che gli operatori si esprimono favorevolmente in merito alla diffusione di competenze di promozione della salute: i *molto* salgono notevolmente rispetto alla prima fase (+18%).

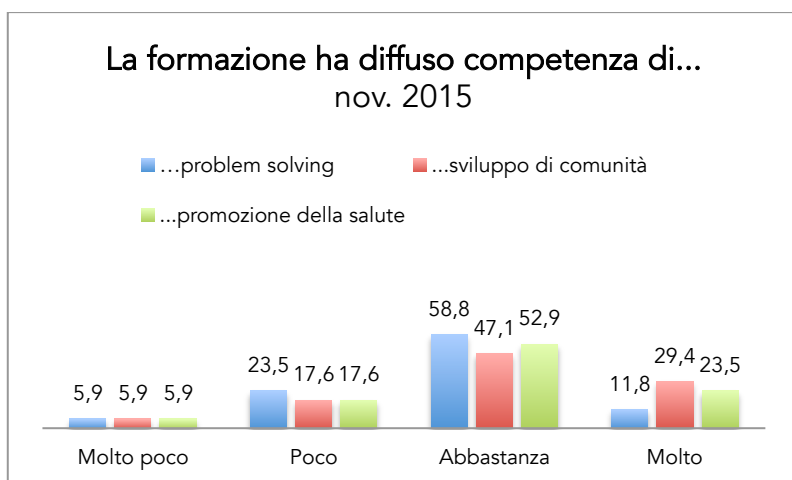


Fig. 2.14

A Piacenza le risposte (di luglio e di dicembre 2014) si concentrano su valori positivi, con una prevalenza degli abbastanza. Vi era anche una quota ristretta di operatori non convinti dell'utilità della formazione soprattutto per i temi di promozione della salute e di sviluppo di comunità (tab. 2.7), ma che costituiva comunque una decisa minoranza. A fine progetto (novembre 2015) l'opinione degli operatori di Piacenza si stabilizza su valori positivi per i tre aspetti indagati. Da notare la dinamica che interessa le "competenze di promozione della salute": aumento dei giudizi "molto positivi".

tab. 2.7 - Formazione: effetti sul gruppo **Piacenza**

	Diffusione competenze di problem solving			Diffusione competenze di sviluppo di comunità			Diffusione competenze di promozione della salute		
	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	20,0	10,0	10,0	30,0	0,0	0,0	20,0	30,0	10,0
Abbastanza	70,0	70,0	70,0	40,0	70,0	60,0	80,0	60,0	60,0
Molto	10,0	20,0	20,0	30,0	30,0	40,0	0,0	10,0	30,0

Relativamente agli effetti della formazione sul gruppo e alla diffusione di competenze, la sede di Parma fa registrare (tendenzialmente) un calo tra la fase iniziale e quella finale (tab. 2.8). La **flessione** interessa in particolare: a) la diffusione di *competenze di problem solving* e b) la diffusione di *competenze di sviluppo di comunità* (in entrambe i casi le risposte in area positiva passano da 62,5% a 42,9%, quelle negative da 25% a 57,2%). In salita invece il giudizio sulla diffusione di competenze in merito alla *promozione della salute*, segno che anche questo gruppo giudica di aver accresciuto le proprie capacità in merito alla promozione attraverso la formazione.

Tab. 2.8 Formazione: effetti sul gruppo (Operatori AUSL Parma) (in alcuni casi sono presenti delle non risposte non inserite in tabella)

	Diffusione competenze di problem solving		Diffusione competenze di sviluppo di comunità		Diffusione competenze di promozione della salute	
	Luglio 2014	Ottobre 2015	Luglio 2014	Ottobre 2015	Luglio 2014	Ottobre 2015
Molto poco	0,0	14,2	0,0	14,3	0,0	14,3
Poco	25,0	42,9	25,0	42,8	50,0	28,5
Abbastanza	50,0	42,9	62,5	28,6	25,0	42,9
Molto	12,5	0,0	0,0	14,3	12,5	14,3

2.3 Senso di Appartenenza e motivazione

Gli operatori di Parma e Piacenza a luglio 2014 sentivano di appartenere al progetto, ma con forza maggiore dichiaravano di appartenere al gruppo, segno che già mesi fa vi era stata una buona integrazione tra i componenti.

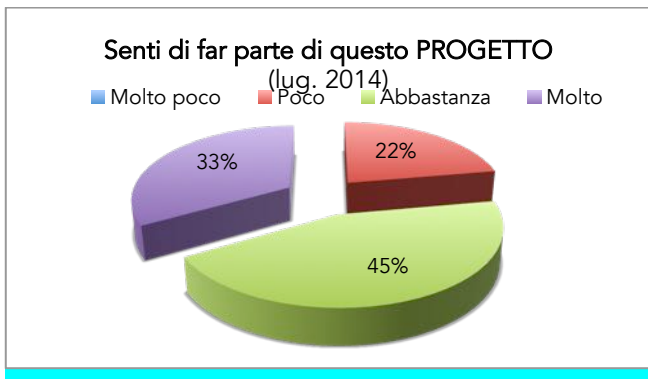


Figura 2.15

Nell'arco di 18 mesi circa, il senso di appartenenza al progetto non solo si stabilizza, ma si accresce notevolmente, segno di una forte affezione degli operatori verso questo lavoro (fig. 2.16). In particolare dalle opinioni dei due gruppi emerge con forza il senso elevato di appartenenza espresso attraverso la crescita significativa dei *molto* (praticamente raddoppiati, 60%). Complessivamente i valori positivi occupano il 90% del totale.

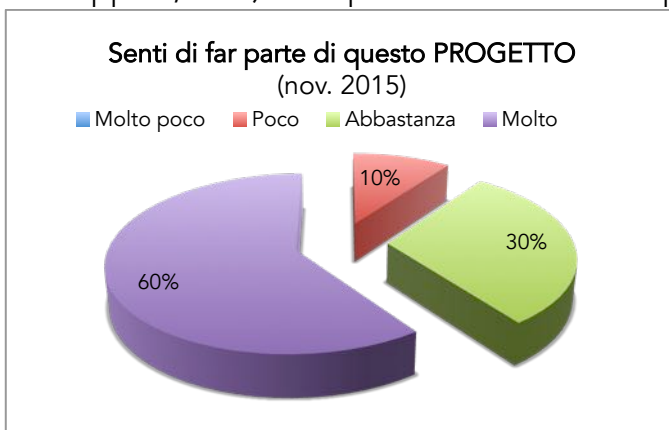


Figura 2.16

Una dinamica simile, praticamente identica, la si ha per il *senso di appartenenza al gruppo*. Nell'arco di un anno e mezzo esso non solo resta positivo, ma si rafforza significativamente, con la concentrazione dei giudizi in area positiva ed una crescita dei molto (dal 33,3% al 70%) (figg. 2.17 e 2.18). L'esperienza di lavoro con i colleghi e sul territorio pare aver pertanto creato in tutti un attaccamento al gruppo e al progetto, che consentono di proseguire il lavoro nonostante alcune difficoltà.

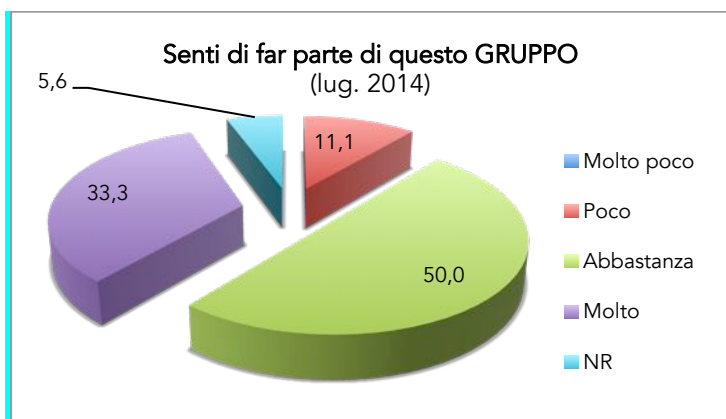


Figura 2.17

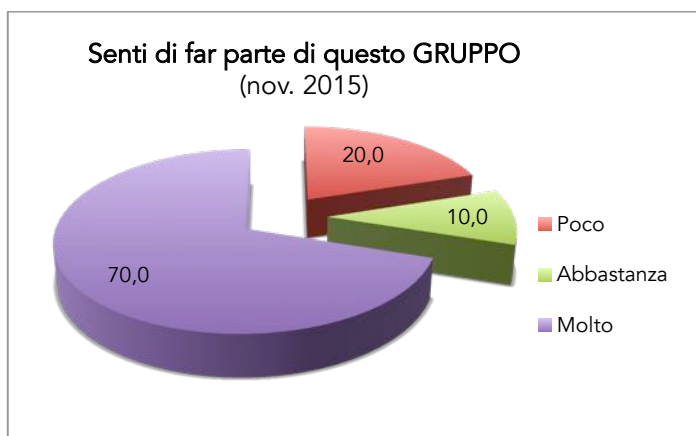


Figura 2.18

A Piacenza nei 6 mesi tra luglio e dicembre, il senso di appartenenza al progetto e quello di appartenenza al gruppo sono aumentati e si sono rafforzati, segno che nonostante alcune difficoltà logistiche, gestionali, relazionali, gli operatori si sono stretti tra loro e credono in Guadagnare Salute (tab. 2.9). Con la fase finale del progetto il senso di appartenenza registra in entrambe i casi una stabilizzazione dei valori positivi, con un ritorno a quelli iniziali (luglio 2014). Calano pertanto i molto, ma aumentano di nuovo gli abbastanza. Le risposte negative costituiscono una stretta minoranza.

Tab. 2.9 - Piacenza

	Appartenenza al progetto			Appartenenza al gruppo		
	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015	Luglio 2014	Dicembre 2014	Novembre 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	10,0	10,0	20,0	10,0	20,0	10,0
Abbastanza	50,0	30,0	40,0	40,0	10,0	40,0
Molto	40,0	60,0	40,0	50,0	70,0	50,0

Gli operatori di Parma, nonostante le segnalazioni in parte critiche sulla formazione e sull'andamento del progetto, sentono ancora forti l'appartenenza al progetto e al gruppo. Questi due aspetti anzi escono rafforzati rispetto ad un anno e mezzo prima (tab. 2.10): si osserva infatti un aumento delle risposte molto positive per l'uno e per l'altro, oltre ad un sostanziale contenimento delle negative.

Tab. 2.10 Parma

	Appartenenza al progetto		Appartenenza al gruppo	
	Luglio 2014	Ottobre 2015	Luglio 2014	Ottobre 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	37,5	28,6	12,5	14,2
Abbastanza	37,5	28,6	62,5	42,9
Molto	25,0	42,8	12,5	42,9
NR	0,0	0,0	12,5	0,0

Le informazioni stanno a rappresentare come il gruppo di Parma, nonostante alcune difficoltà, abbia maturato una significativa affezione al lavoro svolto e alle persone con cui lo ha realizzato, indicando quindi di portare a termine il proprio compito con impegno e dedizione.

La motivazione degli operatori verso il progetto viene misurata considerando due dimensioni: la motivazione in se stessa, e la disponibilità all'impegno in un eventuale altro progetto futuro di questo genere.

Relativamente al primo aspetto (tab. 2.12) i due gruppi rivelano una sostanziale polarizzazione delle opinioni: mentre Parma si dichiara prevalentemente poco motivata (poco 57,1%) (anche per via delle considerazioni esposte fin qua: senso di fallimento, esperienza in parte negativa della formazione, dubbi sulla riuscita delle azioni), Piacenza non offre opinioni negative, ma esclusivamente positive con una prevalenza dei molto (60%).

Tab. 2.12 Motivazione verso il progetto (AUTUNNO 2015)

	Motivazione verso il progetto		
	COMPLESSIVO	PARMA	PIACENZA
Molto poco	0,0	0,0	0,0
Poco	23,5	57,1	0,0
Abbastanza	41,2	42,9	40,0
Molto	35,3	0,0	60,0

I due gruppi offrono risposte più omogenee in merito alla disponibilità di un impegno in un nuovo progetto (tab. 2.13): in questo caso le risposte si concentrano in entrambe i casi su valori negativi che complessivamente arrivano al 60% ca. A Parma in particolare si accentuano le risposte molto negative (*molto poco* 42,9%), mentre a Piacenza prevalgono le mediamente negative (*poco* 40%). Sostanzialmente queste informazioni confermano sia il vissuto più complesso e più difficile degli operatori di Parma, sia l'esperienza ma anche la stanchezza dei piacentini. Il progetto si conferma impegnativo per chi è attivamente coinvolto sul territorio e con i cittadini, e come ogni esperienza di questo genere tende a creare stress e impegno.

Tab. 2.13 IMPEGNO IN UN NUOVO PROGETTO (AUTUNNO 2015)

	Ti impegneresti di nuovo...		
	COMPLESSIVO	PARMA	PIACENZA
Molto poco	29,4	42,8	20,0
Poco	29,4	14,3	40,0
Abbastanza	29,4	28,6	30,0
Molto	5,9	0,0	10,0
NR	5,9	14,3	0,0

Gli operatori nutrono dubbi su un eventuale nuovo coinvolgimento in progetti di questo tipo, ma vi è una quota di essi (sia su Parma che su Piacenza) che lascia spazio a una

possibilità, offrendo risposta positiva. Per le competenze e l'esperienza acquisite dai gruppi di lavoro pare importante non trascurare la presenza di queste risposte.

2.4 La qualità del lavoro degli operatori

2.4.1 Il giudizio dei cittadini componenti dei gruppi

Il lavoro degli operatori è stato "misurato" attraverso alcune domande poste ai cittadini attraverso i questionari di soddisfazione. Sono stati considerati specificamente attraverso domande dirette: 1) la capacità di gestione del gruppo, 2) le capacità relazionali, 3) la capacità di guidare il gruppo sui temi di promozione di salute, 4) l'affiatamento tra gli operatori. Le risposte dei cittadini del quartiere Besurica e di Traversetolo sono favorevoli e si concentrano praticamente esclusivamente in area positiva (tabb. 2.13-2.16), con una significativa prevalenza dei *molto*. Gli operatori paiono in particolar modo conservare le quattro caratteristiche considerate dall'inizio alla fine del progetto, e questo indica la costanza del loro impegno e la loro professionalità.

Ottima la tenuta tra la fase di metà progetto (primavera o estate 2015) e la fase finale (autunno 2015) a testimonianza dell'impegno e delle competenze del personale delle due AUSL: le valutazioni dei rispondenti si collocano infatti quasi esclusivamente in area positiva in entrambe le rilevazioni.

Volendo fare alcune distinzioni:

- 1) gli operatori di Piacenza si distinguono in particolar modo per le capacità relazionali ed empatiche (tab. 2.14), e per la capacità di guida sui temi del progetto (tab. 2.15): essi registrano un innalzamento delle valutazioni sul loro operato tra le due rilevazioni.
- 2) gli operatori di Parma sono giudicati particolarmente validi nella gestione del gruppo (tab. 2.16) e nella capacità di guidare sui temi (tab. 2.17). Le risposte dei cittadini segnalano la continuità di qualità e impegno degli operatori nei mesi di realizzazione del progetto.

Tab. 2.14 Giudizio sugli OPERATORI - PIACENZA

	Capacità di gestione del gruppo		Capacità relazionali	
	primavera 2015	autunno 2015	primavera 2015	autunno 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	6,6	0,0	0,0	0,0
Abbastanza	46,7	41,7	33,3	16,7
Molto	46,7	58,3	66,7	83,3

Tab. 2.15 Giudizio sugli OPERATORI - PIACENZA

	Capacità di Guida sui temi		Affiatamento	
	primavera 2015	autunno 2015	primavera 2015	autunno 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Abbastanza	40,0	33,3	33,3	41,7
Molto	60,0	66,7	66,7	58,3

Tab. 2.16 Giudizio sugli OPERATORI - PARMA

	Capacità di gestione del gruppo		Capacità relazionali	
	estate 2015	autunno 2015	estate 2015	autunno 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Abbastanza	25,0	50,0	40,0	60,0
Molto	75,0	50,0	60,0	40,0

Tab. 2.17 Giudizio sugli OPERATORI - PARMA

	Capacità di Guida sui temi		Affiatamento	
	estate 2015	autunno 2015	estate 2015	autunno 2015
Molto poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Poco	0,0	0,0	0,0	0,0
Abbastanza	30,0	60,0	40,0	50,0
Molto	70,0	40,0	60,0	50,0

Attraverso le domande a risposta aperta in merito ai punti di forza degli operatori, si nota (di nuovo) una significativa corrispondenza tra le opinioni dei cittadini della Besurica e quelli di Traversetolo (tab. 2.18). In questo caso la vicinanza di opinioni è molto importante in quanto si trattava di risposte libere a domande aperte: essa quindi fa emergere la qualità ed il lavoro degli operatori. In entrambe i casi si segnala che:

- gli operatori sono competenti e professionali (nella gestione dei gruppi, nel facilitare lo sviluppo delle tematiche) (40% Traversetolo, 33,3% Besurica);
- gli operatori sono e sono stati estremamente *disponibili* durante il percorso di progettazione e lavoro (20% in entrambe i contesti);
- gli operatori sono e sono stati uno *stimolo* per la progettazione e per la tenuta del gruppo, anche grazie al loro entusiasmo (13,3% Besurica, 15% Traversetolo);
- gli operatori sono stati *coesivi* e compatti tra di loro (13,3% Besurica, 10% Traversetolo), agevolando così anche la tenuta dei gruppi e la progettazione.

Primavera 2015

Tab. 2.18 Punti di Forza degli Operatori (%)	Besurica	Traversetolo
Disponibilità, attenzione e ascolto di tutti	20,0	20,0
Stimolo per riflessione	13,3	15,0
Competenze (tematiche e gestione gruppo)	33,3	40,0
Coesione	13,3	10,0
Passione	13,3	/
NR	6,7	15,0

Scarsi gli appunti agli operatori (tabelle 2.19 e 2.20): alla Besurica si ritiene nel 20% dei casi che dovrebbero migliorare nella pianificazione del lavoro, mentre un altro 20% scrive apertamente che non vi sono segnalazioni negative da fare; a Traversetolo il 15% di rispondenti sostiene che *gli operatori dovrebbero partecipare attivamente anche alle azioni* sul territorio (anche se tale osservazione coglie un aspetto comunque arbitrario, in quanto essi non sono tenuti a essere presenti alle attività).

Tab. 2.19 Punti di Debolezza degli Operatori (%) Besurica

Organizzazione/Pianificazione	20
In niente	20
NR	60

Tab. 2.20 Punti di Debolezza degli Operatori (%) Traversetolo

Partecipazione alle azioni	15
NR	85

A fine percorso i componenti dei gruppi di Piacenza – Besurica (tabb. 2.21 – 2.22) mantengono alcune segnalazioni fornite in precedenza, anche se con un tasso di *non risposte* maggiore per quanto riguarda i punti di forza (58,3%). Tra questi sono individuati:

- la passione per il proprio lavoro e per il progetto che li vede impegnati (16,7%),
- la coesione tra loro (16,7%),
- le competenze nei temi e nella gestione del gruppo (8,3%).

Stupisce la omogeneità delle risposte offerte dai due gruppi di cittadini. Anche per i dipendenti AUSL di Parma si dichiara infatti che essi eccellono:

- per le elevate competenze nel tema e nella gestione del gruppo (30%)
- e per l'impegno e la passione che mettono nel loro lavoro (30%).

L'omogeneità di opinioni interessa anche i punti di debolezza attribuiti agli operatori: in entrambe i casi le segnalazioni sono sporadiche e poco significative.

Autunno 2015

Tab. 2.21 Punti di Forza degli Operatori (%)

	Besurica	Traversetolo
Competenze (tematiche e gestione gruppo)	8,3	30,0
Coesione	16,7	/
Passione	16,7	30,0
NR	58,3	40,0

Autunno 2015

Tab. 2.22 Punti di Debolezza degli Operatori (%)

	Besurica	Traversetolo
Organizzazione/Pianificazione	8,3	10,0
NR	92,7	90,0

Le osservazioni libere dei cittadini confermano quindi la bontà del lavoro degli operatori, in special modo sottolineando l'impegno e la dedizione verso il progetto e l'unità e l'intesa tra essi. Le opinioni dei partecipanti espresse con risposte chiuse e aperte, indicano come queste caratteristiche siano rimaste costanti per tutto il corso del progetto, a testimonianza della professionalità degli operatori, che pur avendo *vissuti* altalenanti (par. 2.1), hanno saputo affrontare con serenità e professionalità i momenti di contatto con il territorio e le persone.

2.4.2 Come si giudicano gli operatori

Come si avrà modo di mostrare nel quarto capitolo, gli operatori mostrano una discreta soddisfazione per la qualità del proprio.

A **Piacenza**, le varie rilevazioni (attraverso apposite schede di monitoraggio degli incontri) lasciano emergere il buon livello di soddisfazione degli operatori per il loro lavoro, contenti per aver gestito situazioni complesse e per aver agevolato la collaborazione tra partecipanti. In questo caso si registrano alcune differenze tra i casi: a) gli operatori del gruppo *alimentazione* mostrano cautela tra la prima e la seconda fase, come anche quelli di attività fisica-O2 parco (in entrambi i casi vi è un lieve calo), b) gli operatori di Alcol Fumo e di Attività Fisica-Besuricamina dichiarano una elevata soddisfazione sia nella prima che nella seconda fase. Nel quartiere Besurica, nonostante alcune innegabili difficoltà, vi sono stati un buon clima tra i cittadini partecipanti, una buona capacità di proporre temi e idee: gli operatori di Piacenza riconoscono (con il giusto equilibrio) di aver avuto un ruolo positivo in queste dinamiche.

Anche nei gruppi di **Traversetolo** si sono verificati processi virtuosi e altri che hanno reso complesso il lavoro, in particolare in alcuni gruppi. Conseguentemente le informazioni portano gli operatori a esprimere conseguenti gradi di soddisfazione per il proprio lavoro – capacità di conduzione e verso ciascun incontro realizzato. Le valutazioni offerte riproducono l'andamento dei gruppi. Vi è quindi: a) la elevatissima soddisfazione degli operatori del gruppo *Attività Fisica*; b) il buon grado di apprezzamento per il proprio lavoro e per gli incontri degli operatori di *Alimentazione*; c) il livello medio (comunque positivo) della soddisfazione degli operatori del gruppo Alcol Fumo. Sostanzialmente la soddisfazione segue il livello degli esiti dei gruppi e delle azioni sul territorio.

2.5 Gli operatori: conclusioni

Le informazioni raccolte e costruite evidenziano come l'esperienza degli operatori nel progetto (nei due progetti, in realtà) sia collegata sia alla formazione di cui si è fruito, sia all'andamento dei gruppi di lavoro sul territorio.

Il gruppo di Piacenza ha vissuto i momenti formativi con positività, fruendo probabilmente di un maggior contatto con il formatore e sfruttando certamente l'esperienza precedente a Podenzano. Gli esiti sul territorio sono positivi in termini di realizzazione di azioni e quindi il vissuto complessivo è di soddisfazione, anche se vi è la consapevolezza che il progetto poteva avere un epilogo diverso, data la probabile mancata prosecuzione di un gruppo di cittadini dopo l'uscita di AUSL.

Il gruppo di Parma ha risentito di una certa distanza dalla struttura decisionale del progetto, non compensata da una presenza costante del formatore. Essi poi hanno dovuto affrontare la parziale riuscita di alcune azioni. Nonostante questo si osserva la consapevolezza della riuscita del progetto in termini di stimolo di consapevolezza dei

cittadini verso i temi della salute, che si è tradotta nella riflessione da parte di alcuni, di proseguire il lavoro anche dopo l'uscita di AUSL Parma.

In sostanza i risultati, in termini di realizzazione azioni, sono discreti o buoni su entrambe i territori, anche se i vissuti degli operatori appaiono molto condizionati anche da fattori esterni e relazionali. Essi dimostrano comunque una elevata consapevolezza sia per le dinamiche realizzatesi durante il progetto, sia per gli esiti che potranno verificarsi dopo il progetto nei due contesti. In questo i due gruppi di operatori paiono avere situazioni e vissuti alterni: a) per quanto accaduto sin qua serenità e soddisfazione di Piacenza e lieve preoccupazione di Parma, b) per quanto riserva il futuro (prosecuzione) lieve insoddisfazione di Piacenza, serenità di Parma.

Da rimarcare è l'opinione entusiasta in merito agli operatori da parte dei cittadini, segno che i primi hanno saputo affrontare e separare le difficoltà incontrate e i momenti di confronto e lavoro con i gruppi.

Il fattore *relazionale* emerge con evidenza come cruciale per la tenuta del progetto: gli operatori rivelano di aver affrontato le difficoltà (sul territorio e in azienda) curando i rapporti tra di loro e sviluppando attaccamento al gruppo e al progetto. Questo sembra essere stato l'elemento decisivo, talvolta previsto talvolta invece spontaneo, per la tenuta del progetto.

3. Il funzionamento del progetto nelle sue fasi

Premessa

Questo capitolo descrive ed individua, nel corso e nella struttura del progetto, i fattori che hanno funzionato correttamente e quelli che invece ne hanno costituito un impedimento alla piena riuscita. Il capitolo si struttura in tre paragrafi: un primo descrittivo di Guadagnare Salute (realizzato sul quartiere Besurica e a Traversetolo), un secondo che illustra i funzionamenti e un terzo che ne spiega i fattori che hanno causato problemi.

Il contenuto di questa sezione del report in parte riprende alcuni contenuti dei precedenti capitoli (es. operatori), in parte anticipa considerazioni che saranno spiegate in maniera più approfondita più avanti (es. la partecipazione, i punti di forza e di debolezza). Il capitolo individua fattori precisi di funzionamento all'interno del processo complessivo di Guadagnare Salute: non costituisce ancora le *conclusioni* del report, che necessiteranno di una completezza e di un approfondimento ulteriori.

3.1 La struttura del progetto

Come in più parti del presente report si spiega, e come illustrano bene i documenti progettuali e ufficiali (Progetto Esecutivo e Rendicontazione per Regione Emilia Romagna), Guadagnare Salute realizzato da AUSL Piacenza nel quartiere Besurica e da AUSL Parma a Traversetolo, ha (e ha avuto) varie fasi.

Si possono identificare quindi alcuni obiettivi (chiaramente spiegati nei documenti), alcune attività con i relativi stakeholder impegnati, e infine gli esiti/output delle attività. Come è noto vi sono almeno quattro fasi, corrispondenti ai quattro obiettivi specifici (si veda anche fig. 3.1).

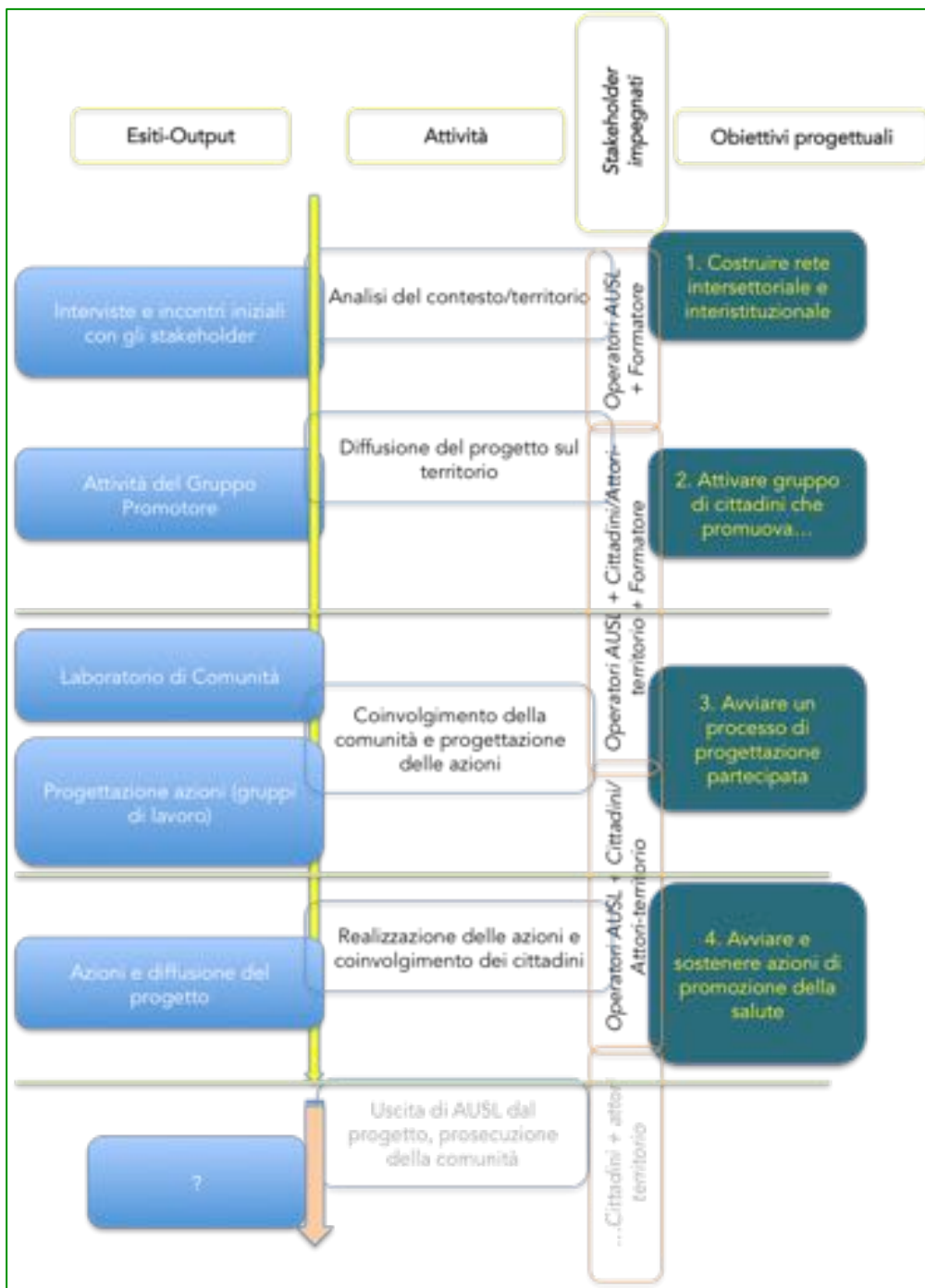


fig. 3.1 Le fasi e la struttura del progetto Guadagnare Salute

- 1) Nella prima fase si ha l'obiettivo di costruire una rete intersettoriale e interistituzionale tra operatori di varia provenienza. Con questo primo step si vuole appunto formare un'equipe avviando il lavoro e fornendo competenze utili per poi gestire il progetto. Viene svolta un'analisi del contesto e del territorio (una versione simile ma più snella di quella che nel modello Precede/Proceed è la *diagnosi*), anche attraverso incontri iniziali e interviste con gli stakeholder.
- 2) Nella seconda fase si è voluto attivare un gruppo di cittadini capace di promuovere e diffondere il progetto sul territorio. Quindi dagli operatori il panel di stakeholder si amplia coinvolgendo i cittadini. Questo porta alla composizione del gruppo

promotore e alla sua attività sul territorio per arrivare a realizzare un evento più ampio che coinvolga varie decine di cittadini.

- 3) La terza fase ha l'obiettivo di avviare un processo di progettazione partecipata, attraverso il coinvolgimento della comunità nella pianificazione delle azioni. Questa fase amplia ulteriormente il numero e il tipo di stakeholder, e porta alla realizzazione del Laboratorio di Comunità (evento ampio e importante) e alla successiva divisione in gruppi di progettazione (partecipata, appunto) e definizione delle azioni.
- 4) L'obiettivo finale consiste nell'avviare e sostenere sul territorio le azioni di promozione della salute progettate nella fase precedente. Questo prevede il progressivo minor coinvolgimento del personale AUSL e la conseguente appropriazione delle azioni da parte dei cittadini.
- 5) Infine, anche se non è espressamente scritto nei documenti ufficiali e non è previsto nel progetto esecutivo, le quattro fasi precedenti dovrebbero creare le condizioni per un definitivo e totale ingresso dei cittadini e degli stakeholder presenti sul territorio: essi, dopo il termine della presenza e delle risorse di AUSL, dovrebbero prendere il ruolo decisionale e far proseguire il progetto autonomamente.

Le fasi del progetto sono state analizzate e prese in esame durante i focus group (intermedi e finali) e attraverso i questionari compilati da cittadini e da operatori, con la finalità di comprendere cosa ha funzionato e cosa ha costituito un impedimento per la riuscita del progetto.

Ne sono uscite considerazioni interessanti e di rilievo soprattutto da parte di operatori e dirigenti AUSL che aiutano a spiegare il progetto e suoi processi, e possono essere utili per una ri-programmazione futura.

Le informazioni raccolte aiutano intanto ad evidenziare alcuni snodi chiave di Guadagnare Salute così come è stato pensato e realizzato:

- *Analisi del contesto e del territorio*: è uno dei passaggi iniziali e consente già di inquadrare e leggere la realtà su cui si andrà lavorare e potrebbe essere utile per decidere se e dove sviluppare il progetto;
- *Attività del gruppo promotore*: è un momento decisivo in quanto coinvolge alcuni cittadini ed è cruciale per le fasi successive;
- *Laboratorio di comunità*: è uno step e un momento decisivo;
- *Realizzazione azioni*: è chiaramente una fase di rilievo. In essa sono principalmente coinvolti i cittadini, ma continuano ad avere un ruolo importante gli operatori;
- *Proseguimento del progetto dopo l'uscita di AUSL*: non è espressamente prevista nel *Progetto Esecutivo* e non è una fase di cui AUSL si può interamente occupare, ma in realtà è uno dei motivi dell'architettura intera del progetto. Essa dipende però dagli step precedenti;
- *Ruolo e presenza degli attori*: le "persone" che hanno animato e permesso la realizzazione del progetto, vengono descritte anch'esse come punti-snodati importanti e di assoluto rilievo.

3.2 Cosa ha funzionato

Tra i fattori che hanno assicurato il buon funzionamento si individuano (fig. 3.2 si vedano le crocette verdi sullo schema progetto): 1) il lavoro, la professionalità e la costanza degli operatori, 2) l'entusiasmo dei cittadini nella prima fase; 3) la corretta determinazione e scansione di obiettivi progettuali.

Come si può notare dalla figura tali fattori si posizionano soprattutto sulla colonna degli stakeholder: operatori e cittadini ritengono infatti che tale progetto regga certamente per l'impegno delle strutture (attori collettivi, es. AUSL) e per la sua architettura, ma soprattutto per quello degli attori individuali che assicurano professionalità e partecipazione.

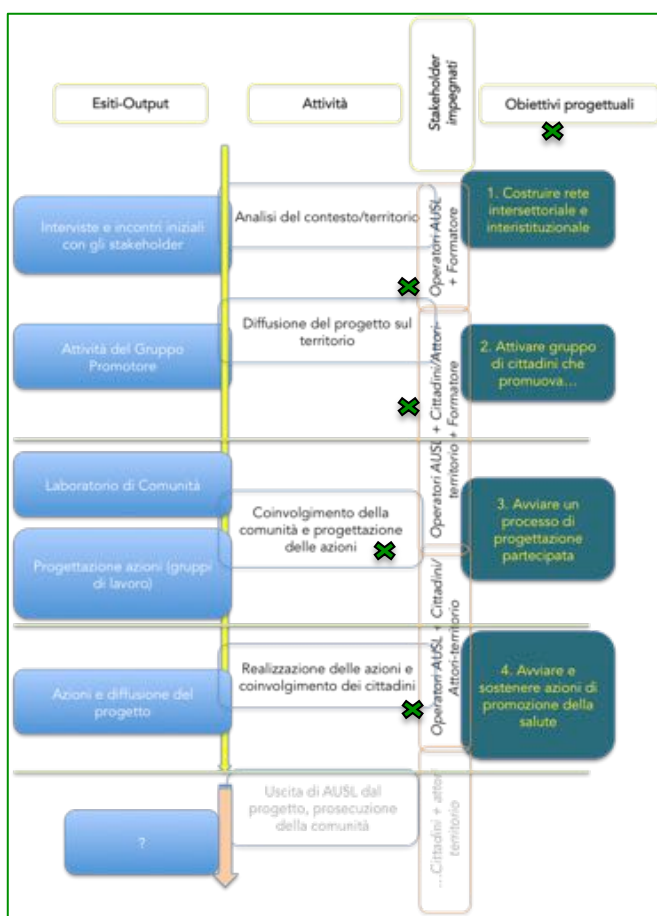


fig. 3.2 I fattori positivi nel funzionamento del progetto Guadagnare Salute

1) **Operatori**. Essi secondo i cittadini, i dirigenti e ad opinione degli stessi interessati, con il loro impegno, con la costanza e con la professionalità, consentono il funzionamento del progetto lungo tutto l'arco di vita (circa 18-24 mesi). La loro presenza e l'attività sono costanti e garantiscono qualità elevata del servizio, assicurando una compensazione a problemi o falle nel progetto, e alle rigidità burocratiche via via incontrate.

"Gli operatori con il loro impegno hanno permesso il successo del progetto".

"Le difficoltà burocratiche sono state risolte spesso dall'impegno degli operatori".

"Sono figure chiave con un grosso carico di lavoro e di responsabilità".

2) **Entusiasmo e partecipazione cittadini.** Questo aspetto certamente interessa il progetto nella sua interezza, ma in particolare riguarda la prima fase. Durante essa gli stakeholder hanno una passione ed un entusiasmo decisamente elevati e 'contagiosi', che offrono una forza propulsiva e espansiva notevole. Successivamente questa "carica" si ridimensiona e viene supplita dagli operatori (si veda punto 1).

"All'inizio del progetto l'entusiasmo enorme dei partecipanti ha dato una spinta fortissima".

"Il carico di entusiasmo iniziale anche se poi svanisce è come se desse una spinta anche successiva al progetto".

3) **Obiettivi.** L'equipe di lavoro ha individuato con precisione fasi e corrispondenti obiettivi appropriati che hanno orientato gli attori nel corso del progetto.

3.3 Cosa non ha funzionato correttamente

Tra i "mal-funzionamenti" l'attività valutativa individua (fig. 3.3, si vedano le crocette rosse sullo schema progetto): l'analisi territorio, andamento del gruppo promotore, la collaborazione con gli stakeholder del territorio, l'impegno degli operatori dopo il laboratorio, la fase successiva ad uscita di AUSL (progettarla da subito e non attendere le fasi finali del progetto).

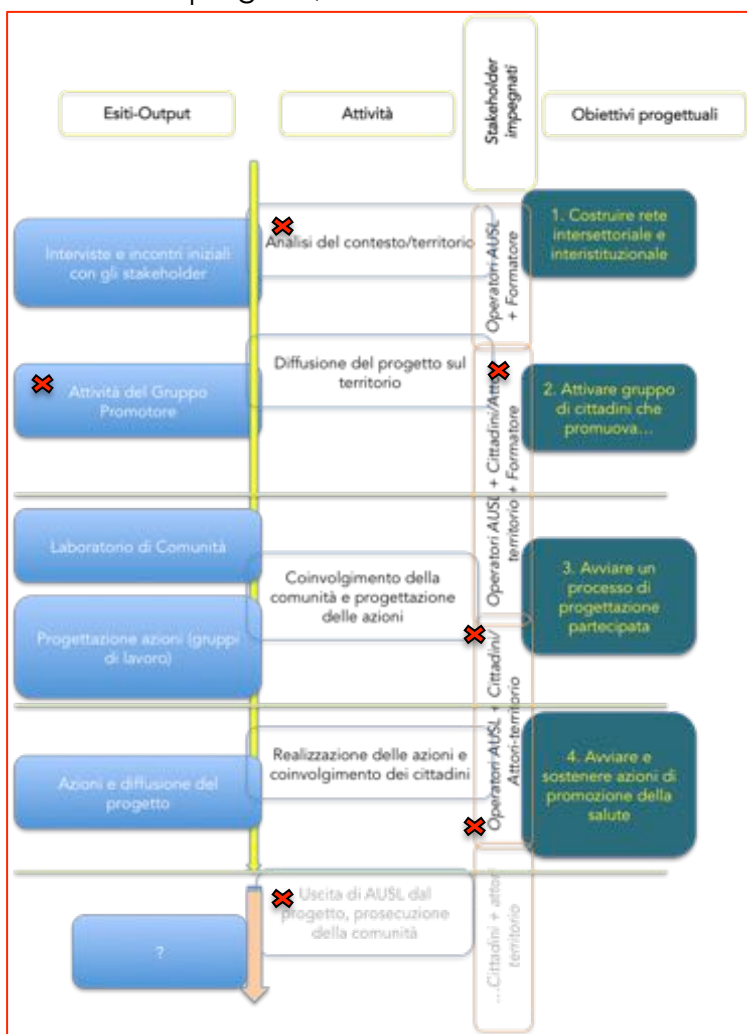


fig. 3.3 I nodi critici del progetto Guadagnare Salute

- **Analisi del territorio.** Numerose testimonianze (raccolte con focus o con questionario) ci descrivono questa attività come di straordinaria importanza per la corretta pianificazione delle fasi successive. Essa è individuata come fattore critico non tanto perché non sia stata condotta correttamente, ma in quanto aveva fornito durante la sua realizzazione alcune informazioni sul territorio e sul contesto che potevano aiutare ad orientare l'azione progettuale, ma che sono state in gran parte *non ascoltate*.

"Abbiamo fatto l'analisi del territorio, ma non ne abbiamo tenuto conto".

"Ci avevano descritto la mancanza totale di associazioni alla Besurica, ma noi abbiamo proseguito lo stesso...".

"Serve utilizzare di più e meglio l'analisi del territorio... l'abbiamo fatto ma solo in parte".

"Le informazioni raccolte all'inizio ci dicevano già alcune cose... ad esempio che il fumo non era un problema del quartiere, o che i temi non interessavano molto alla gente, ma noi siamo andati avanti comunque. L'analisi del territorio deve essere usata per orientare il progetto".

"Abbiamo proposto ai cittadini i quattro temi, quasi imponendoglieli, anche se loro volevano fare un gruppo unico".

- **Contesto: contatti con le istituzioni e con gli stakeholder.** A Piacenza la diffusione del progetto sul territorio è avvenuta correttamente, ma AUSL non è stata supportata sufficientemente bene dalle istituzioni, che hanno creato talvolta problemi burocratici. Gli attori del territorio non si sono dimostrati, in questo caso, particolarmente collaborativi. Serve pertanto cercare contesti e contatti con stakeholder maggiormente ospitali.

Questa parte a Traversetolo ha avuto un risvolto differente: le istituzioni si sono rivelate da subito interessate al progetto, anche se però alcune figure appartenenti alla politica locale sono entrate sì troppo nelle dinamiche di lavoro. Il contesto ricco di associazioni è stato però molto difficile da gestire e da coinvolgere, anche per alcune conflittualità al suo interno e per uno scarso interesse verso i temi di Guadagnare salute.

Anche in questo caso l'analisi iniziale può aver influito.

"A Piacenza abbiamo avuto diverse difficoltà ad avere collaborazione e accordi con le istituzioni".

"A Traversetolo abbiamo avuto un contesto ricco di associazioni, ma difficile se non impossibile da gestire: troppi conflitti, poca disponibilità a lavorare per il progetto e con AUSL".

- **Gruppo promotore.** Il gruppo costituisce un elemento critico non tanto per la qualità del suo lavoro, ma perché, come spiegano bene alcuni operatori e dirigenti. I suoi componenti inizialmente tendono a concentrare su loro (e sul loro gruppo) molte funzioni e attività, poi però col tempo essi tendono a disperdersi e la loro partecipazione (attiva) non garantisce continuità nel corso del progetto. Questa fase prende molte energie e molto tempo nel progetto e agli operatori, e pare non avere la necessaria stabilità successivamente. Per questo i giudizi la individuano come uno snodo non correttamente funzionante.

"Il gruppo prende molto tempo e molte energie, ma non garantisce che i suoi componenti proseguano".

"In diversi casi i suoi membri si disperdono".

- **Partecipazione dei cittadini nella seconda fase.** Qualcosa ha funzionato meno bene nella seconda fase del progetto: è calato l'entusiasmo dei cittadini ed anche la loro partecipazione attiva. Probabilmente è una conseguenza di alcuni fattori sopra individuati: la lunghezza della fase del gruppo promotore, le difficoltà legate al contesto e all'interazione con gli attori. Sta di fatto che i cittadini hanno fatto sentire un calo di partecipazione nella parte conclusiva della progettazione delle azioni nel lavoro dei gruppi (si veda nel dettaglio il cap. 4 di questo report).

"I cittadini tendono a disperdersi nelle fasi di partecipazione attiva... e nella seconda parte (con i gruppi di progettazione) subentrano una stanchezza e una fatica".

"Vi è un calo di partecipazione e di motivazione dopo la parte iniziale che è il segno di un processo troppo lungo e di difficoltà organizzative".

- **Prosecuzione del progetto dopo l'uscita di AUSL.** È possibile una vita del progetto dopo la sua fine? Al momento, nelle settimane in cui viene redatto il presente report di valutazione, a Piacenza pare molto difficile che si concretizzi questa possibilità, ma è un passo che, seppur non espressamente riportato nei documenti ufficiali, dirigenti e operatori AUSL si auguravano e che, in caso positivo, significherebbe il successo vero e proprio di Guadagnare Salute, rivelando l'autonomia e l'entusiasmo dei cittadini coinvolti. A Parma però (come si descrive nel par. 5.4.1 e nel cap. 6) vi sono serie prospettive di una continuazione, con piccolo gruppo di cittadini interessato o costituire un soggetto autonomo o a mettere in rete le varie associazioni sul territorio. In questo senso il progetto potrebbe aver agito e stimolato l'autonomia delle persone. Ma anche in questo caso serve attendere gli sviluppi di questo processo e serve capire quanto le azioni stimoleranno concretamente i cittadini nel cambiamento di comportamenti e stili di vita. È comunque un nodo delicato (pur essendo esterno alle attività ufficiali), perché in realtà sarebbe importante prevederne il positivo esito prima della fase finale del progetto stesso, proponendo e discutendo con i cittadini la loro appropriazione della attività e la loro responsabilizzazione sin dalle battute iniziali.

"Volevamo lasciare qualcosa dopo il nostro (AUSL) intervento... ma al momento la situazione è incerta".

"Probabilmente coinvolgendo meglio i cittadini potremmo risolvere questo aspetto prima della fase finale".

"In un certo senso i cittadini ancora non sembrano pronti su Traversetolo a farsi carico del progetto".

3.4 Conclusioni

I fattori individuati, come si è mostrato, sono in parte riferiti alle "persone" del progetto, in parte alla sua struttura (attività o esiti). È possibile dire che:

- l'analisi iniziale, potrebbe produrre benefici successivi non tanto se fosse eseguita meglio, ma se fosse tenuta di più in considerazione. Essa infatti, per ammissione stessa di chi l'ha realizzata, non ha un seguito decisivo e quindi può avere riflessi negativi sul progetto;

- gli stakeholder individuali (operatori, cittadini coinvolti) hanno un ruolo decisivo e positivo. Ma pare importante che essi non siano eccessivamente impegnati nella medesima attività troppo a lungo, altrimenti si rischia una sorta di burn out: il loro entusiasmo e la passione tendono ad esaurirsi e solo in alcuni casi (operatori) vengono sostituiti dalla professionalità. Proprio gli operatori però sono eccessivamente impegnati anche dopo il Laboratorio e questo non è vantaggioso neanche a livello aziendale AUSL;
- la struttura di Guadagnare Salute appare sostanzialmente buona, ma necessita un trasferimento della responsabilità verso i cittadini in momento anteriore a quanto accade adesso (fase finale) da collocarsi dopo il Laboratorio di Comunità. Questo può consentire più agevolmente la prosecuzione del progetto dopo l'uscita di AUSL e lo sgravio del carico di lavoro degli operatori.

B. ESITI E RISULTATI

La seconda parte del report di valutazione si occupa degli esiti e dei risultati rilevabili e rilevati nel corso del progetto e nella sua fase finale. Si considerano in particolare: la partecipazione e il coinvolgimento della comunità, i primi cambiamenti prodotti negli stakeholder, le potenzialità del progetto.

La partecipazione (capitolo 4) è misurata e valutata dal punto di vista sia quantitativo (numero di persone coinvolte nelle varie fasi e percentuali), sia qualitativo (contributi alla progettazione, livello di interventi, ecc.). Vengono considerati i gruppi di lavoro, ma gli anche incontri in plenaria.

I cambiamenti (capitolo 5) stimolati nei cittadini sono un tema importante nella valutazione della promozione della salute. Il report si preoccupa di descrivere (attraverso informazioni e opinioni fornite dai cittadini) cambiamenti nelle conoscenze e nei comportamenti (stili di vita e autonomia), per effetto sia diretto del progetto, sia per indiretto (contesto).

Infine si valuta, attraverso varie fonti, quelle che sono le potenzialità in futuro per il progetto sui due territori su cui è stato implementato.

4. La Partecipazione e il coinvolgimento della comunità

4.1 I numeri della partecipazione nella prima fase

I dati relativi al coinvolgimento e alla partecipazione dei cittadini nella prima fase del progetto ci restituiscono andamenti simili per Parma e per Piacenza, ma non identici. A Parma sono state realizzate 53 interviste iniziali con gli stakeholder che hanno portato ad un primo incontro con 43 di essi. È stato poi costituito il gruppo promotore a cui hanno aderito 15 cittadini. Il lavoro di disseminazione e diffusione di tale gruppo ha portato 42 persone al Laboratorio di Comunità (incluse i 15 del gruppo promotore). A Piacenza alle 38 interviste iniziali è seguito un incontro con 30 attori del territorio, e in 11 hanno fatto parte del gruppo promotore. Il Laboratorio ha visto la partecipazione di 57 persone (incluse le 11 precedenti).

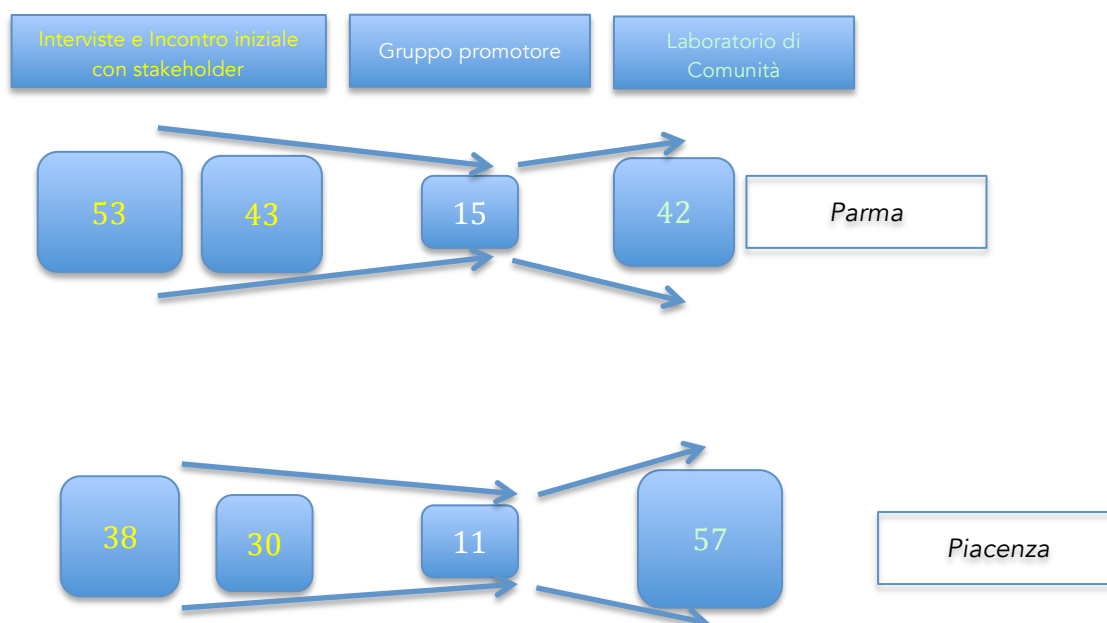


Fig. 4.1 Numeri dei partecipanti nella fase iniziale del progetto

Esaminando gli andamenti percentuali (tab. 4.1) sottostanti alle dinamiche e ai valori ricostruiti sopra emergono alcuni aspetti di interesse. Anzitutto si nota il livello di partenza differente tra le due realtà: mentre gli operatori di Parma hanno individuato 69 stakeholder e sono riusciti a intervistarne 54, i colleghi di Piacenza ne hanno individuati 43, intervistandone 38. Ciò ha comportato una tenuta del 76,8% per Parma e dell'88,4% per Piacenza, valori non eccessivamente distanti tra loro. A questo seguono valori relativamente alle fasi successive ancora più vicini in termini percentuali: 1) Parma ha incontrato 43 stakeholder pari all'81,8% degli intervistati, mentre Piacenza ne ha incontrati 30, corrispondenti all'88,4%; 2) a Parma il gruppo promotore è stato composto da 15 persone (pari al 34,8% di persone precedentemente incontrate), mentre a Piacenza il gruppo ha avuto 11 partecipanti (36,6%).

La vera differenza si ha con il Laboratorio di Comunità, e non tanto in termini numerici (come si è visto), quanto in percentuale. A Parma dai 15 membri del gruppo promotore si passa ai 43 del Laboratorio pari al 286,6%, mentre a Piacenza si arriva 57 partecipanti pari al 518,2%. È possibile quindi dire che a fronte di numeri e dinamiche assai simili tra loro, alla Besurica vi sia stata comunque una capacità di tenuta migliore (si vedano le percentuali in itinere) e una capacità espansiva finale più ampia rispetto a Traversetolo.

Tab. 4.1 I numeri della prima fase

	Stakeholder individuati	Interviste		Incontro con stakeholder		Gruppo promotore		Laboratorio di Comunità	
	v.a.	v.a.	% sulla precedente	v.a.	% sulla precedente	v.a.	% sulla precedente	v.a.	% sulla precedente
Parma	69	54	76,8	43	81,1	15	34,8	43	286,6
Piacenza	43	38	88,4	30	88,4	11	36,6	57	518,2

A fronte di tale risultato conseguito nella prima fase, gli andamenti dei gruppi, in termini strettamente di partecipazione e esiti numerici, hanno visto un parziale capovolgimento. Difatti alla Besurica si è avuta una media di 6,4 partecipanti per incontro per ogni gruppo, mentre a Traversetolo la media sale a 7,5 partecipanti a incontro.

Come si può vedere più avanti, a Piacenza ha pesato in termini di calo in particolare la seconda fase degli incontri che hanno visto in alcuni gruppi un diradarsi delle presenze, mentre Traversetolo ha avuto andamenti altalenanti ma con picchi verso l'alto.

Andando a esaminare invece i partecipanti a incontro totali, ovvero sommando le presenze in ciascun gruppo per ogni incontro si hanno valori diversi che ci restituiscono il numero complessivo dei cittadini effettivamente "attivi" in ciascuno dei due territori (il calcolo è effettuato sommando i presenti agli incontri sul numero effettivo di incontri tenuti dai gruppi):

- 1) a Parma si ha una media di cittadini impegnati nel progetto di **23,6**, corrispondenti al 54,9% dei partecipanti al Laboratorio di Comunità;
- 2) a Piacenza si ha una media di **19,5** cittadini impegnati nel progetto, pari al 34,2% di chi ha preso parte al Laboratorio.

Nella seconda fase quindi, in termini numerici, il gruppo di Traversetolo ha avuto una tenuta maggiore, mentre la capacità espansiva della Besurica si è in qualche modo “normalizzata”.

Tab. 4.2 I numeri dei partecipanti: il Laboratorio e i Gruppi di lavoro

	Laboratorio di Comunità v.a.	Gruppi		
		Valore medio partecipanti incontro a gruppo	Valore medio partecipanti TOTALI a incontro	% su Laboratorio di Comunità
Parma/Traversetolo	43	7,5	23,6	54,9
Piacenza/Q.re Besurica	57	6,4	19,5	34,2

Valutando la terza parte del progetto invece si considera il numero dei partecipanti alle azioni avviate dopo l'intensa fase di progettazione. In questa fase è più semplice 'contare' il numero di partecipanti complessivo a ciascuna azione piuttosto che il numero medio per ciascun incontro, data la disomogeneità di incontri tra azioni: in alcuni casi vi sono infatti stati pochi incontri ma con diverse decine di partecipanti, in altri numerose giornate/serate con un numero medio più basso. Per tale calcolo si utilizza quindi quanto riportato dagli operatori nelle schede di rendicontazione.

I numeri ci dicono che i due progetti hanno portato ad un coinvolgimento delle due comunità con significativi tratti simili (tab. 4.3). Alla **Besurica** (Piacenza) hanno partecipato complessivamente **247** persone così divise: 25 ragazzi e 11 allenatori per l'azione Sensibilizzazione dei contesti educativi, 37 persone per il Laboratorio di Cucina, 106 cittadini per l'azione Dare Ossigeno al parco (56 alle attività nel parco, 14 a yoga, 36 a pilates), 68 cittadini per i Gruppi di Cammino (anche se con una media per incontro assai più bassa). Questo ha significato un aumento delle persone di oltre quattro volte rispetto al Laboratorio di Comunità (da 57 a 247, pari al 433,3%) e di oltre 12 volte rispetto ai cittadini attivi nei gruppi (da 19,5 a 247, pari al 1266,7%).

A **Traversetolo** hanno partecipato complessivamente **818** persone così divise: 209 persone coinvolte per l'attività *Una sera a teatro* (alcol/fumo), 50 persone partecipanti ai 4 incontri di *Aperitivo*, 440 tra bambini/alunni e adulti (insegnanti, genitori, accompagnatori) coinvolti con *Esploratori in marcia*, 45 cittadini per i *Gruppi di cucina* (Piacere salute a tavola), 60 persone per i *Gruppi di cammino* (con una media di 10 partecipanti a incontro). Questo ha significato un aumento delle persone di diciannove volte rispetto al Laboratorio di Comunità (da 43 a 818, pari al 1902,3%) e di circa 34 volte rispetto ai cittadini attivi nei gruppi (da 23,6 a 818, pari al 3466,1%).

È interessante evidenziare che significativamente in entrambe i casi il numero dei cittadini attivi durante i gruppi di progettazione aumenta di oltre considerevolmente, come se ciascun partecipante che si è fatto promotore e portatore di competenze nella fase iniziale, poi attiri varie decine di altri concittadini.

Tab. 4.3 Numeri e percentuali di incremento dei partecipanti - Laboratorio → Azioni

	Laboratorio di Comunità v.a.	Gruppi		Azioni		
		Valore medio partecipanti TOTALI a incontro	% su Laboratorio di Comunità	Partecipanti TOTALI alle azioni	% su Laboratorio di Comunità	% su Gruppi
Parma/Traversetolo	43	23,6	54,9	818	1902,3	3466,1
Piacenza/Q.re Besurica	57	19,5	34,2	247	433,0	1266,7

Considerando il numero di persone attivo nel gruppo promotore e rapportandolo con i cittadini adesso coinvolti nelle azioni si ha un altro dato interessante (tab. 4.4), che conferma la capacità "attrattiva" e di "contagio" (positivo) del progetto e della sua metodologia:

- a Traversetolo si registra un incremento del 5453,3%, come se ciascun componente del gruppo promotore avesse coinvolto circa 54 altri cittadini,
- a Piacenza si nota un incremento del 2245,5%, come se ogni persona presente nel gruppo promotore avesse portato circa altri 22 concittadini.

Tab. 4.4 Numeri e percentuali di incremento dei partecipanti – Gruppo Promotore → Azioni

	Gruppo promotore v.a.	Azioni	
		Partecipanti TOTALI alle azioni	% su Gruppo promotore
Parma/Traversetolo	15	818	5453,3
Piacenza/Q.re Besurica	11	247	2245,5

Il progetto mostra quindi una forza espansiva, per ogni componente impegnati dalla fase di promozione, pari a oltre 20 volte alla Besurica e a oltre 50 volte a Traversetolo, segno della efficacia del metodo, ma anche che probabilmente un coinvolgimento di attori rilevanti già da questa fase sarebbe opportuno.

4.2 I numeri e la qualità della partecipazione nella seconda fase

4.2.1 I Gruppi alla Besurica

L'attività di valutazione monitora i gruppi di lavoro sui territori del Q.re Besurica e di Traversetolo per mezzo di una scheda costruita ad hoc e compilata dagli operatori AUSL che guidano e orientano ciascun gruppo. I giudizi sugli incontri sono espressi in una scala da 1 a 10.

Le presenze nei tre gruppi che hanno lavorato nella prima fase sono state costanti come numero medio, anche se vi sono vari casi di assenze e nuovi arrivi, che talvolta hanno abbassato la motivazione. Nei successivi quattro gruppi che hanno proseguito le attività ad inizio anno (*Attività fisica* si è diviso in *Besuricamina* e *Dare Ossigeno al Parco*,

mentre *Alcol Fumo* si è specificato in *Sensibilizzazione di Contesti Educativi*) la partecipazione è andata calando (tab. 4.5):

- nel gruppo alimentazione la media partecipanti è passata da 7,7 a 3,8;
- in Besuricammina vi sono stati mediamente 3,7 partecipanti a incontro e in Dare O2 al parco 6,7 (contro i 7 del gruppo originario Attività Fisica);
- in Alcol Fumo si è passati dai 7,7 partecipanti a incontro ai 2,3 della seconda fase.

Tab. 4.5 Numero Partecipanti agli Incontri

Incontro n°	Gruppo			
	Alimentazione	Attività Fisica		Alcol Fumo
Prima fase (2014)				
I	8	7		6
II	9	7		10
III	6	--		7
Media	7,7	7		7,7
Seconda fase (2015)				
	Alimentazione	Besuricammina	Dare O2 al parco	Alcol Fumo (Sensibilizzazione contesti educativi)
IV	3	5	5	2
V	4	4	7	3
VI	5	3	6	2
VII	3	3	9	--
VIII	4	--	--	--
Media	3,8	3,7	6,7	2,3

La MOTIVAZIONE, la QUALITA' Della DISCUSSIONE e il CLIMA nei gruppi nel corso dei primi incontri sono stati generalmente di buon livello, pur avendo subito alcune lievi flessioni in alcuni incontri. I cali sono stati dovuti anche ad assenze e ritiri di alcuni partecipanti.

Il raffronto tra prima e seconda fase (tabb. 4.6 – 4.9) mostra un progressivo incremento di questi tre aspetti per tutti in gruppi (Alimentazione, Attività Fisica–Besuricammina, O2 al Parco-, Alcol Fumo), segno che focalizzandosi sulle azioni e sugli aspetti operativi i cittadini si sono rivelati maggiormente motivati, si è costruito un buon clima (assieme agli operatori), si è discusso proficuamente e sono state formulate proposte di elevato livello e in maniera partecipata.

Tab. 4.6 Besurica. Andamento-Media della MOTIVAZIONE (punteggi in decimi – opinioni degli operatori)

Fase	Alimentazione	Attività Fisica	Besuricammina	O2 Parco	Alcol Fumo
I fase	6,7	8	--	--	7,7
II fase	8,4	--	9	8,3	9

Tab. 4.7 Besurica. Andamento-Media della QUALITA' della DISCUSSIONE (punteggi in decimi – opinioni degli operatori)

Fase	Alimentazione	Attività Fisica	Besuricammina	O2 Parco	Alcol Fumo
I fase	8	7,5	--	--	8
II fase	8,8	--	9	8	9

Tab. 4.8 Besurica. Andamento-Media del CLIMA NEI GRUPPI (punteggi in decimi – opinioni degli operatori)

Fase	Alimentazione	Attività Fisica	Besuricammina	O2 Parco	Alcol Fumo
I fase	8,7	8	--	--	8,3
II fase	8,2	--	9	8	9

Tab. 4.9 Besurica. Andamento-Media della PROPOSITIVITA' NEI GRUPPI (punteggi in decimi – opinioni degli operatori)

Fase	Alimentazione	Attività Fisica	Besuricammina	O2 Parco	Alcol Fumo
I fase	8	7	--	--	8,3
II fase	8	--	9	8	9

Alla luce di queste informazioni emerge il buon livello di soddisfazione degli operatori per il loro lavoro, contenti per aver gestito situazioni complesse e per aver agevolato la collaborazione tra partecipanti. In questo caso si registrano alcune differenze tra i casi (tab. 4.10): a) gli operatori del gruppo alimentazione mostrano cautela tra la prima e la seconda fase, come anche quelli di attività fisica-O2 parco (in entrambi i casi vi è un lieve calo), b) gli operatori di Alcol Fumo e di Attività Fisica – Besuricammina mostrano una elevata soddisfazione sia nella prima che nella seconda fase.

Tab. 4.10 Besurica. Andamento-Media della SODDISFAZIONE DEGLI OPERATORI (punteggi in decimi – opinioni degli operatori)

Fase	Alimentazione	Attività Fisica	Besuricammina	O2 Parco	Alcol Fumo
I fase	9	9	--	--	8,3
II fase	8,2	--	9	7,8	9,3

Andamento analogo dell'opinione degli operatori che hanno compilato le schede di monitoraggio si registra relativamente ai giudizi complessivi sugli incontri (tab. 4.11):

- Alimentazione (livello 7,6) e O2 Parco (livello 8), nella seconda fase, sono elevati ma più bassi o stazionari rispetto alla prima fase;
- Besuricammina e Alcol Fumo fanno registrare giudizi complessivi migliori degli altre due gruppi: entrambe si attestano a livello 9 (pari o superiore al precedente).

Tab. 4.11 Besurica. Giudizi DEGLI OPERATORI sugli INCONTRI (punteggi in decimi – opinioni degli operatori)

Fase	Alimentazione	Attività Fisica	Besuricammina	O2 Parco	Alcol Fumo
I fase	8,3	8	--	--	9
II fase	7,6	--	9	8	9

Le informazioni delle schede di monitoraggio dei gruppi di progettazione delle azioni ci restituiscono un quadro positivo e molto positivo dello "stato di salute" dei gruppi, che paiono aver lavorato correttamente e nel giusto clima, nonostante una partecipazione talvolta inferiore alle aspettative. Infatti nonostante i numeri non sempre eccellenti (in particolare nella seconda fase), escluso per *Dare Ossigeno al Parco*, le dinamiche interne ai gruppi sono praticamente sempre state molto buone e hanno consentito una progettazione viva e caratterizzata dal contributo di tutti i componenti.

Ciò che impone comunque una riflessione è la progressiva diminuzione dei partecipanti attivi durante il progetto, in particolare nella fase programmatoria e nel passaggio dal Gruppo Promotore, al Laboratorio di Comunità, ai Gruppi.

4.2.2 I Gruppi a Traversetolo

L'andamento e la situazione dei gruppi di lavoro a Traversetolo ha fatto registrare alcune differenze rispetto a quelli del quartiere Besurica di Piacenza:

- Anzitutto il lavoro dei gruppi si è realizzato in un'unica fase: è iniziato con alcune settimane di ritardo rispetto a Piacenza e si è tenuto nella prima parte del 2015;
- I gruppi sono rimasti 3 dall'inizio alla fine (Alimentazione, Attività Fisica, Alcol Fumo), non vi sono state cessazioni o modifiche;
- Il numero di incontri realizzato varia 'sensibilmente' a seconda del gruppo: soltanto 6 per il gruppo Attività fisica, 11 per quello Alimentazione, ben 13 per quello Alcol-Fumo;
- L'andamento degli incontri di ciascun gruppo fa registrare differenze, in alcuni casi anche sensibili, per questo si riportano i grafici con i valori per ciascun incontro;
- In linea di massima le informazioni delle schede di monitoraggio compilate ci dicono che: a) il gruppo *Attività fisica* ha beneficiato di presenze più numerose e anche più costanti, quindi di un clima e di un livello di attività migliori; b) il gruppo *Alimentazione* fa registrare presenze irregolari, ma livelli complessivi per gli altri aspetti piuttosto buoni; c) il gruppo *Alcol Fumo* è caratterizzato da presenze irregolari, e da motivazione, clima, capacità propositiva e altri aspetti, tendenzialmente sotto la media rispetto agli altri gruppi.

I dati sulle presenze agli incontri dei gruppi (fig. 4.2) indicano evoluzioni assai diverse, che però si concludono tutte in maniera simile: 1) il gruppo Attività Fisica ha avuto mediamente più partecipanti (10) (tab. 4.12) con un buon numero iniziale e un calo negli ultimi incontri; 2) il gruppo Alcol Fumo nei suoi tredici incontri ha fatto registrare un andamento diversificato di partecipanti (10 nel III incontro, 5 nel X incontro) con una media di 7 partecipanti; 3) il gruppo Alimentazione ha dinamiche di partecipazione irregolari e simili al precedente, e segna una media di 6,3 partecipanti a incontro.

Tab. 4.12 Traversetolo – Media Partecipanti agli Incontri Gruppi

	Gruppo		
	Alimentazione	Attività Fisica	Alcol Fumo
<i>Media</i>	6,3	9,2	7

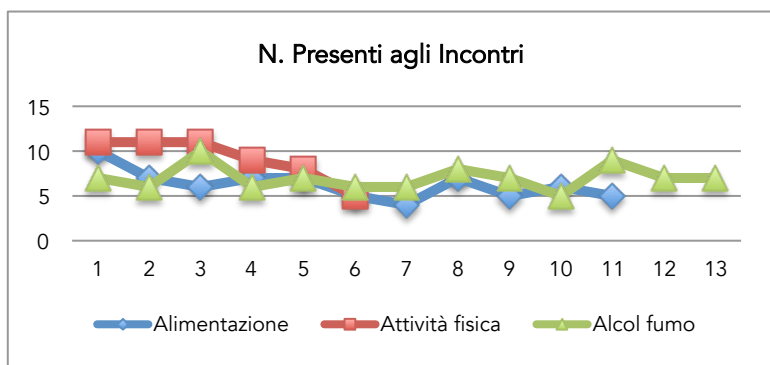


Figura 4.2 Traversetolo N° presenti agli incontri

La motivazione nei tre gruppi, ad opinione degli operatori che hanno compilato le schede, ha avuto:

- un andamento regolare e particolarmente alto per il gruppo Attività Fisica,
- un andamento irregolare ma di livello medio-alto per il gruppo Alimentazione,
- un andamento irregolare e di livello medio per il gruppo Alcol Fumo. In quest'ultimo caso ci sono state cadute di motivazione registrate negli incontri n. 4, 5 e 10 (fig. 4.3).

Le conseguenti relative medie 'motivazione' (tab. 4.13) risultano alte (Alimentazione), molto alte (Attività Fisica) e di livello sufficiente (Alcol Fumo).

Tab. 4.13 Traversetolo – Media MOTIVAZIONE Gruppi

	Gruppo		
Media	Alimentazione 8,1	Attività Fisica 9,8	Alcol Fumo 6,6

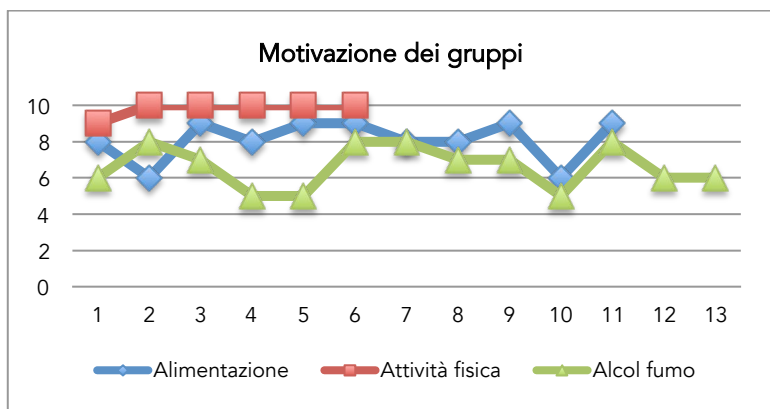


Figura 4.3 Traversetolo - Motivazione gruppi

La *qualità della partecipazione* (misurata secondo gli aspetti "discussioni" e "capacità propositiva") dei componenti dei gruppi è, di conseguenza, differente a seconda del gruppo (figg. 4.4 e 4.5, e tabb. 4.14 e 4.15):

- *Attività Fisica*: ottimo livello di discussione e capacità propositiva molto elevata;
- *Alimentazione*: discussioni e dialogo tra i partecipanti assai buoni, anche se con alcune cadute verso il basso e picchi verso l'alto. Grado di proposte concrete molto buono. Il gruppo quindi pare aver reagito positivamente ad alcune difficoltà di stabilità numerica fornendo spunti interessanti per il lavoro sul campo;

- *Alcol Fumo*: qualità della discussione giudicata sempre positivamente (con livello di 6,8/10), ma grado variabile della capacità di formulare proposte con un calo nella fase finale (incontri n. 9, 10 e 11).

Tab. 4.14 Traversetolo – Media DISCUSSIONI Gruppi

	Gruppo		
	Alimentazione	Attività Fisica	Alcol Fumo
<i>Media</i>	7,4	9,8	6,8

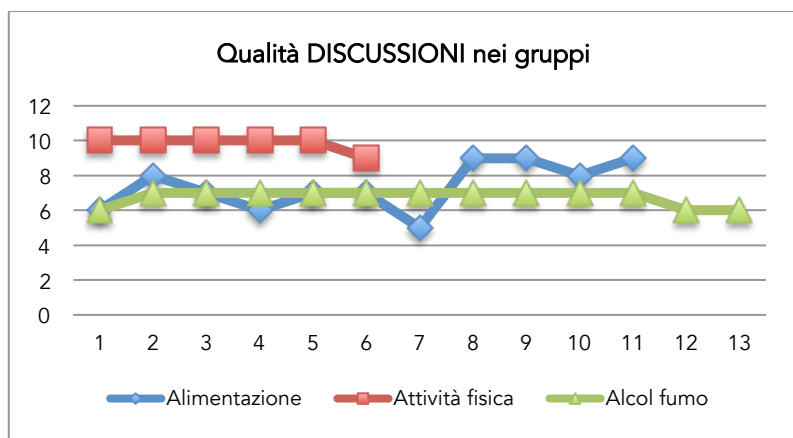


Figura 4.4. Traversetolo - Qualità delle discussioni

Tab. 4.15 Traversetolo – Media PROPOSITIVITA' Gruppi

	Gruppo		
	Alimentazione	Attività Fisica	Alcol Fumo
<i>Media</i>	8,6	9,2	6,9

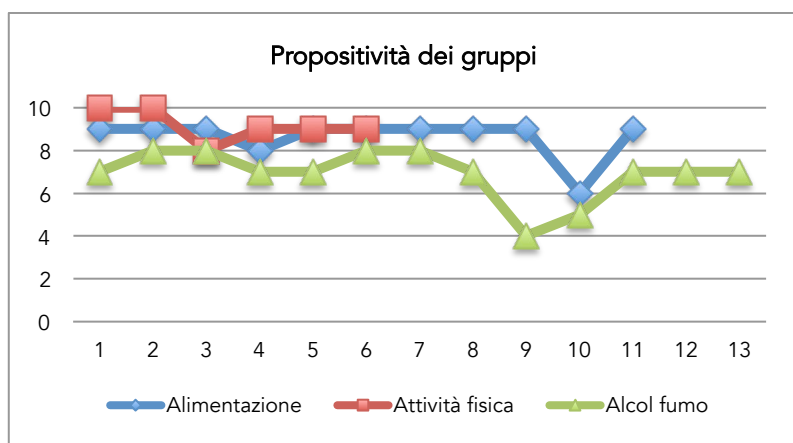


Figura 4.5 Traversetolo - Capacità Propositiva dei gruppi

Le informazioni relative al clima che si è creato in ciascun gruppo, conseguentemente al lavoro, ai contatti e alle presenze, raccontano e spiegano che:

- Attività Fisica ha beneficiato di un ambiente rilassato in maniera costante;
- Alimentazione e Alcol Fumo hanno avuto un andamento complessivamente buono, ma più altalenante: il primo gruppo fa registrare una soddisfazione media di 7,9 decimi, mentre il secondo di 6,8 decimi (tab. 4.16).

Tab. 4.16 Traversetolo – Media CLIMA Gruppi

	Gruppo		
	Alimentazione	Attività Fisica	Alcol Fumo
<i>Media</i>	7,9	9,7	6,8

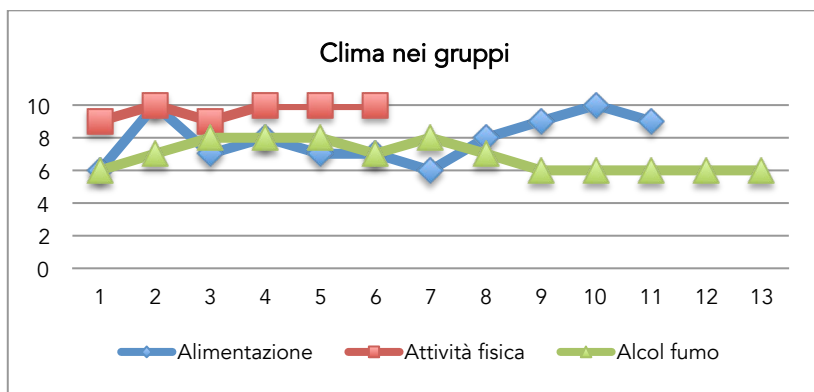


Figura 4.6 Traversetolo - Clima gruppi

Queste informazioni portano gli operatori che hanno guidato i gruppi a esprimere conseguenti gradi di soddisfazione per il proprio lavoro – capacità di conduzione (fig. 4.7) e verso ciascun incontro realizzato (fig. 4.8). Le valutazioni offerte riproducono assai fedelmente quanto espresso sin qua ovvero:

- la sostanziale elevatissima soddisfazione degli operatori del gruppo *Attività Fisica*;
- il buon grado di apprezzamento per il proprio lavoro e per gli incontri degli operatori di *Alimentazione*;
- il livello medio (comunque positivo) della soddisfazione degli operatori del gruppo Alcol Fumo (che però è andato calando negli ultimi incontri).

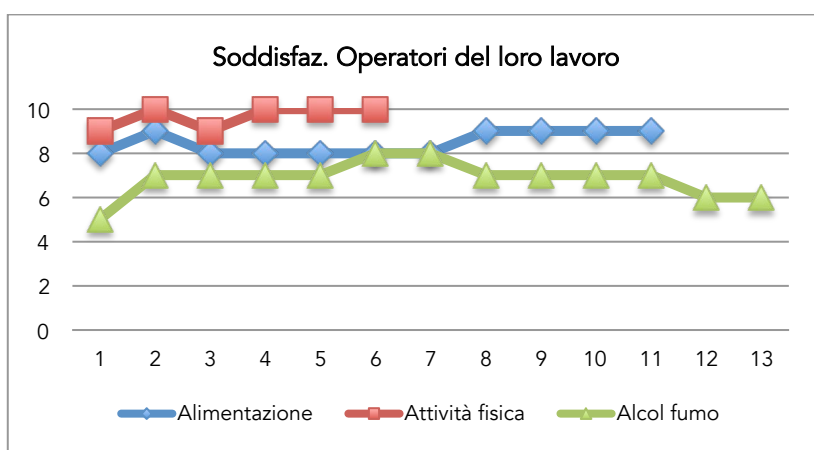


Figura 4.7 Traversetolo - Soddisfazione degli operatori

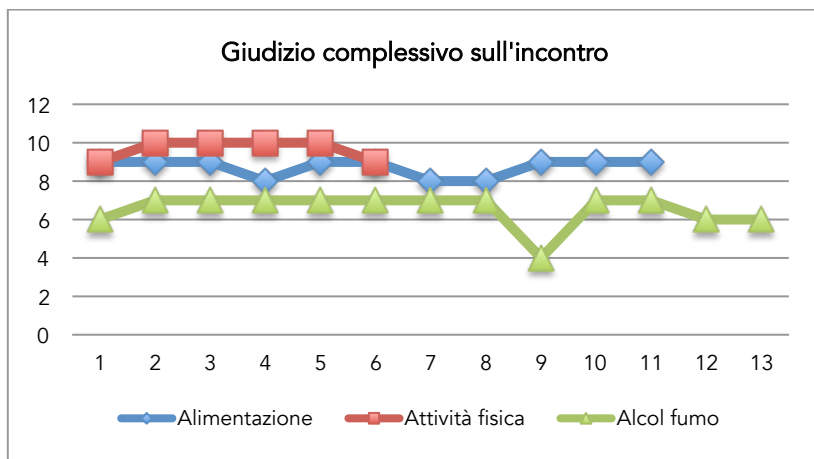


Figura 4.8 Traversetolo - Valutazione degli incontri

In conclusione è possibile dire che a Traversetolo:

- il gruppo Attività Fisica ha beneficiato di presenze costanti ed 'elevate', costruendo un buon clima e lavorando con continuità e in modo produttivo;
- il Gruppo Alimentazione nonostante un numero variabile di presenze ha saputo creare buoni rapporti al suo interno e ha lavorato con costanza;
- il gruppo Alcol Fumo pare aver scontato maggiormente la presenza incostante dei suoi partecipanti e la difficoltà del tema (come riconoscono gli operatori in più riprese), con ricadute (alcune di rilievo) sulla motivazione, sulle proposte e sulla qualità della partecipazione.

4.2.3 Gli intergruppi e la motivazione dei cittadini

Gli incontri in plenaria sono stati realizzati unicamente su Piacenza (a parte un incontro nella fase finale a Traversetolo). L'andamento delle presenze evidenzia un progressivo e costante calo (tab. 4.17): i 18 partecipanti di novembre 2014 sono rimasti tali anche a marzo 2015, ma da lì si è passati ai 16 e poi 12 degli incontri di aprile, agli 11 di giugno e ai 9 di settembre 2015. Di fatto le presenze si sono dimezzate nell'intergruppo nell'arco di 10 mesi.

Un'importante eccezione è costituita però dall'incontro tenutosi a ottobre 2015. In quell'occasione, in cui si è discusso del progetto e dei suoi sviluppi futuri, vi è stato un aumento significativo delle presenze con 16 partecipanti. Vi è però stato un nuovo calo (sia in termini di partecipazione, che di entusiasmo) nei due incontri successivi (4 persone e 8 persone).

Tab. 4.17 presenze cittadini plenaria Besurica 2014-2015 (valori assoluti)

	2014	2015							
	novembre	marzo	aprile (I)	aprile (II)	giugno	settembre	ottobre (I)	ottobre (II)	novembre
n. presenti	18	18	16	12	11	9	16	4	8

Di fronte al calo costante sino a settembre però non ne è corrisposto uno della progettazione e del lavoro. I verbali degli operatori infatti illustrano bene l'andamento in ciascun incontro e l'attenzione inizialmente alla progettazione, e in un secondo tempo alla gestione e all'organizzazione delle azioni, con i relativi aspetti operativi e di contabilità. Gli ultimi due incontri però (ottobre II e novembre), assieme al calo di presenze, hanno portato alla decisione del gruppo di *non impegnarsi* in futuro nel progetto e quindi di non costituire associazioni o altre forme di collaborazione sul territorio per portare avanti le finalità di Guadagnare Salute.

A Traversetolo si registrano incontri in plenaria (tab. 4.18), realizzati a fine progetto (novembre 2015 e inizio 2016) per discutere, con i cittadini impegnati, in merito alla prosecuzione del progetto dopo l'uscita di AUSL Parma. Questi incontri hanno visto la partecipazione di 10 e 8 persone e hanno avuto un esito importante: alcune di loro hanno deciso di proseguire il progetto subentrando ad AUSL e di ragionare in che forma riunirsi (comitato, associazione, ecc.).

Tab. 4.18 presenze cittadini plenarie *Traversetolo* 2015-2016 (valori assoluti)

	2015 novembre	2016 febbraio
n. presenti	10	8

I livelli di motivazione e di soddisfazione *intermedie* e *finali* dei cittadini coinvolti nel progetto (figg. 4.9, 4.10, 4.11, 4.12) risultano tutti elevati. Si registra anzi un loro complessivo innalzamento che interessa particolarmente la *motivazione* e che è particolarmente accentuato tra i cittadini di Traversetolo (fig. 4.12).

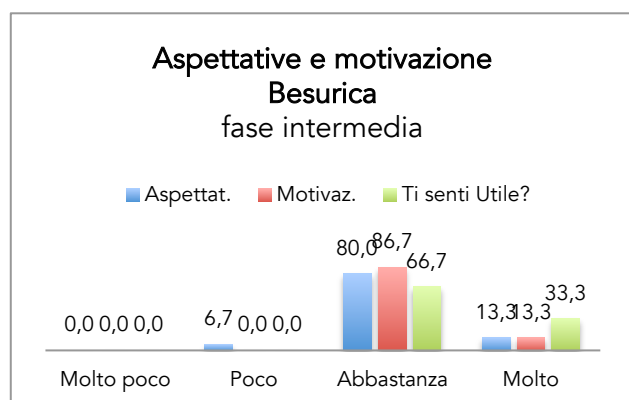


fig. 4.9

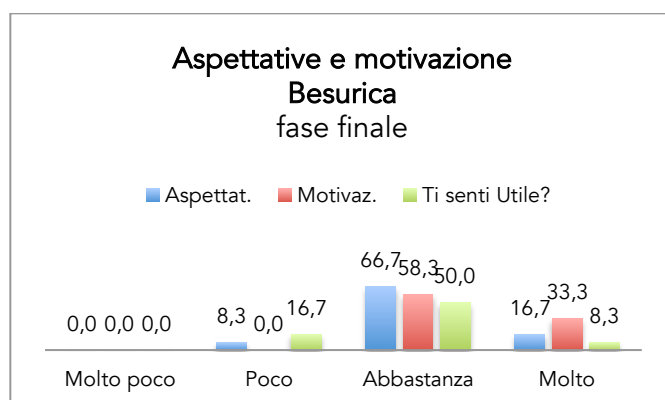


fig. 4.10 (non sono rappresentate le non risposte)

Questi dati rappresentano bene come il nucleo di cittadini maggiormente coinvolti nel progetto non abbia risentito cali di affezione verso le attività e le azioni in nessuno dei due contesti. Il gruppo di Piacenza fa trasparire alcune incertezze (es. il senso di utilità che essi provano risulta in calo), ma complessivamente si dichiara motivato e soddisfatto.

Il gruppo di Traversetolo è invece positivo su tutto e fa registrare importanti aumenti (fig. 4.12) nella fase finale (aspettative soddisfatte, motivazione, senso di utilità).

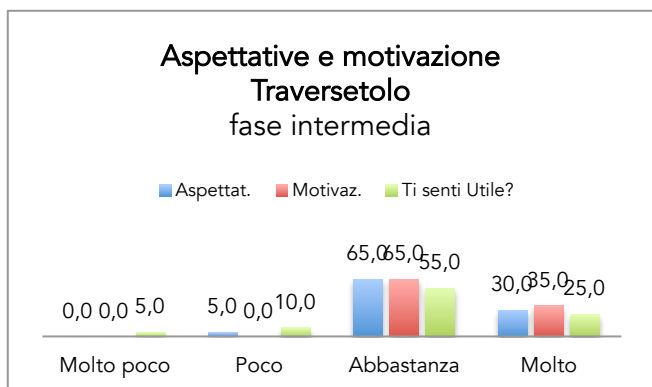


fig. 4.11

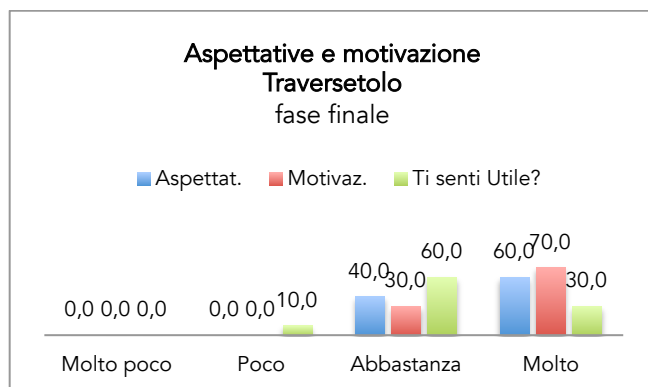


fig. 4.12

Le opinioni degli operatori AUSL in merito ai cittadini nel complesso nella fase finale sono differenti da quanto si è detto poco sopra. I due stakeholder hanno opinioni divergenti in merito al livello di soddisfazione e ciò può trovare spiegazione in alcuni elementi:

- il vissuto affaticato degli operatori che influenza il loro punto di vista (anche sui cittadini);
- il riferimento (da parte degli operatori) a un gruppo di cittadini più ampio rispetto ai rispondenti ai questionari. Questi sono i presenti agli incontri in plenaria, mentre i dipendenti AUSL considerano tutti coloro che sono coinvolti nei gruppi di lavoro. Sappiamo infatti che chi partecipa alle plenarie è un gruppo ristretto con un livello di motivazione più strutturato e più forte, mentre tutti coloro che appartengono ai gruppi costituiscono un gruppo più ampio con dinamiche più diversificate.

Nella fase finale di Guadagnare Salute gli operatori giudicano complessivamente i due gruppi di cittadini come (fig. 4.13): a) scarsamente motivati, b) scarsamente affiatati tra loro, c) abbastanza soddisfatti dall'esperienza svolta.

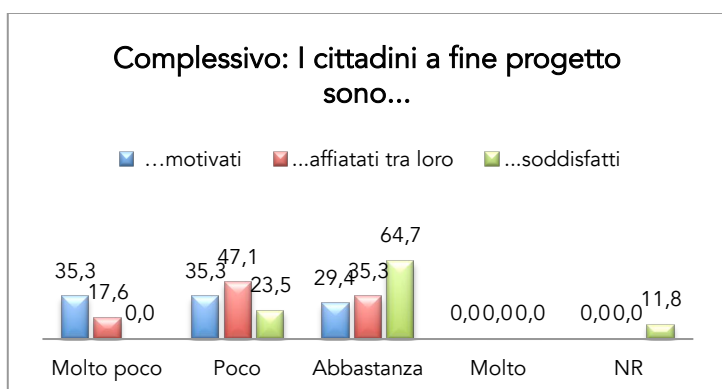


Figura 4.13 Motivazione e soddisfazione FINALE dei cittadini coinvolti a Traversetolo e alla Besurica **secondo gli Operatori**

Disaggregando le informazioni si nota come l'opinione più critica verso i cittadini è quella degli operatori di Piacenza (fig. 4.14) che valutano i partecipanti al progetto come: poco

motivati e poco affiatati (opinioni negative tra il 70% e il 90%) e mediamente soddisfatti dell'esperienza svolta (opinioni positive 50%). Tale giudizio fornisce valide motivazioni per la scelta da parte dei cittadini di non proseguire l'impegno nel progetto dopo l'uscita di AUSL Piacenza. Essi sono giunti al termine del percorso con entusiasmo e soddisfazione per l'esperienza svolta poco rilevanti e quindi hanno poi optato per non proseguire.

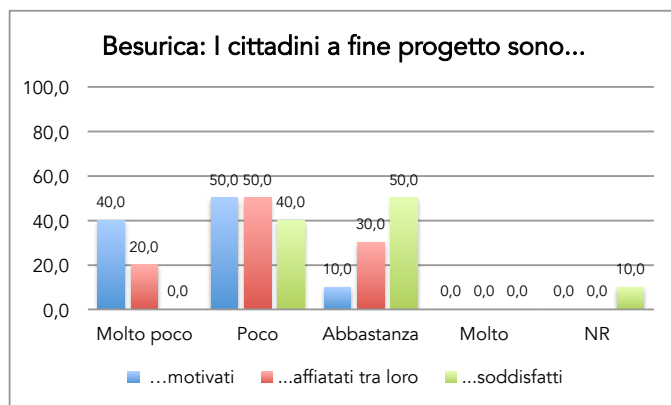


Figura 4.14 Motivazione e soddisfazione FINALI dei cittadini coinvolti alla Besurica **secondo gli Operatori**

Secondo gli operatori di Parma (fig. 4.15), i cittadini di Traversetolo appaiono *non* eccessivamente *affiatati* tra loro (risposte negative 57,1%), ma *abbastanza motivati* (risp. positive 57,1%) e soprattutto *soddisfatti* (risp. positive 85,7% e nessuna risp. negativa). In questo caso invece tali informazioni aiutano a spiegare probabilmente l'esito del progetto, ovvero la scelta di alcuni cittadini di voler proseguire "in qualche modo" il progetto anche dopo l'uscita di AUSL Parma, valutando quali modalità adottare (associazione, comitato, ecc.)².

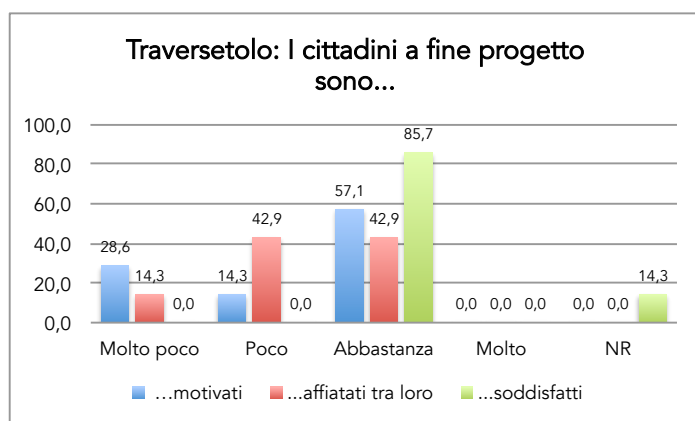


Figura 4.15 Motivazione e soddisfazione FINALI dei cittadini coinvolti a Traversetolo **secondo gli Operatori**

Come si è visto la motivazione e la soddisfazione dei cittadini divergono in parte a seconda che a dare un'opinione siano i cittadini stessi o gli operatori. Questo è stato spiegato con il vissuto 'affaticato' e con il riferimento ad un campione più ampio di partecipanti al progetto da parte degli operatori AUSL. Serve puntualizzare che in realtà su Traversetolo le valutazioni di questo aspetto sono entrambe focalizzate su valori

² Questo aspetto viene spiegato meglio nei capitoli 5 e 6, in particolare nei paragrafi 5.4.1 e 6.3.

positivi (figg. 4.12 e 4.15) ma i cittadini non mostrano incertezze, mentre i tecnici AUSL lasciano trasparire alcuni dubbi.

Certamente il punto di vista degli operatori aiuta a posare l'attenzione su fattori critici come l'affiatamento tra i componenti e la motivazione complessiva di tutti, mentre la prospettiva dei cittadini pone in primo piano la motivazione e le aspettative di chi è stato più strettamente coinvolto nel progetto. Queste informazioni ci dicono quindi che al di là di problemi seri e concreti di affiatamento e di partecipazione tra tutti, esiste un nucleo ristretto di cittadini che almeno su un territorio è in grado di farsi carico della prosecuzione del progetto.

4.2.4 Il giudizio dei cittadini su se stessi

META' PERCORSO

A metà percorso i gruppi di lavoro si autovalutavano positivamente in entrambe i casi, con opinioni più spostate su valori *molto* positivi per il quartiere Besurica. Secondo i cittadini coinvolti comunque, la *collaborazione*, le *relazioni* e la *partecipazione* all'interno dei loro gruppi, erano buone (o molto buone) ed erano anche cresciute rispetto all'inizio. (figg. 4.16 e 4.17).

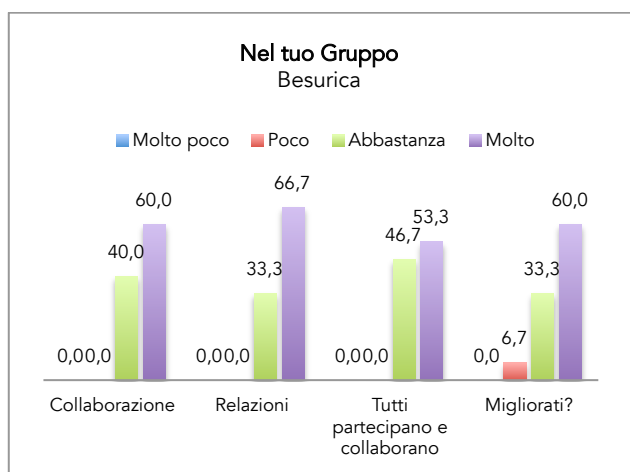


fig. 4.16

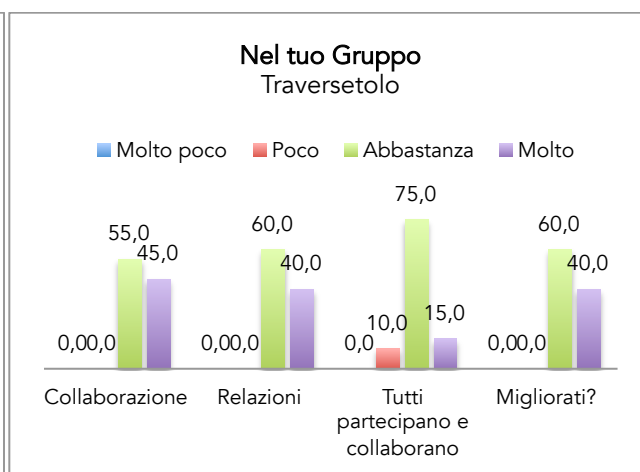


fig. 4.17

Nella fase finale (figg. 4.18, 4.19) si osservano alcuni fattori:

- il permanere di giudizi spostati quasi completamente in area positiva;
- per i rispondenti appartenenti alla Besurica si stabilizza l'autovalutazione attorno a valori simili ai precedenti;
- per i cittadini di Traversetolo (fig. 4.19) si ha addirittura un incremento in senso positivo con l'aumento dei "molto" per le dimensioni "collaborazione", "relazioni", "partecipazione di tutti".

Le informazioni fornite dai due gruppi indicano quindi la fiducia nei propri mezzi e nelle proprie competenze, attestando la buona qualità dei rapporti tra i partecipanti e l'elevato livello di collaborazione. Il forte realismo dei rispondenti traspare dalla presenza negativa di alcune risposte in merito al "miglioramento" del gruppo, ma il trend di risposte indica la passione verso il progetto e l'affiatamento tra i componenti.

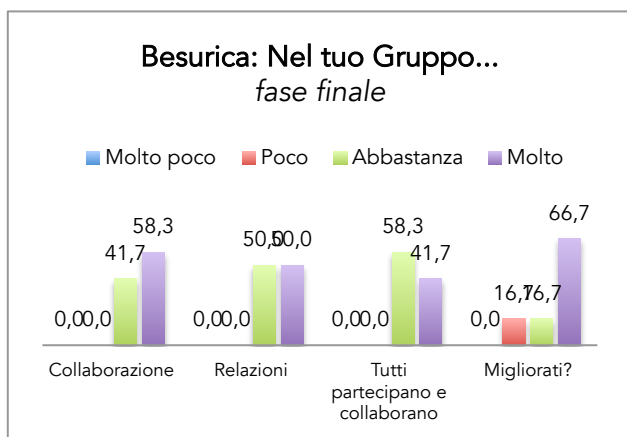


fig. 4.18

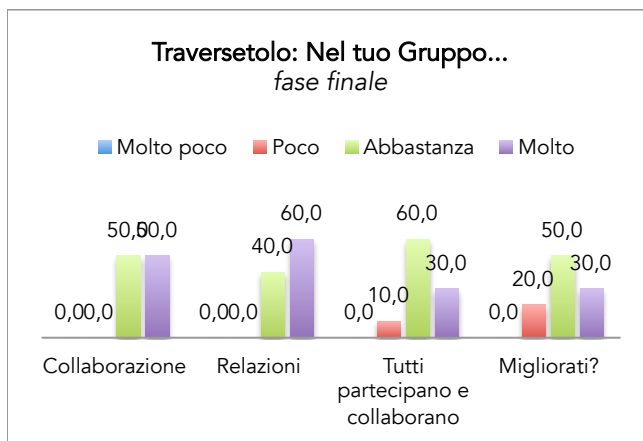


fig. 4.19

Lo stato di buona salute dei gruppi a metà percorso si nota anche dalle risposte aperte che i cittadini hanno fornito in merito ai punti di forza. La *collaborazione* (intesa anche come *confronto* e dialogo) tra i componenti dei gruppi è l'elemento indicato con maggiore frequenza in entrambe i contesti come punto di forza. I cittadini della Besurica si riconoscono anche la *voglia di mettersi in gioco* (20%), mentre quelli di Traversetolo l'*avere obiettivi comuni* (25%).

Anche in questo caso a fine percorso vengono confermate le informazioni fornite spontaneamente (e ciò appare di grande rilevanza), e i punti di forza dei gruppi continuano ad essere ritenuti:

- alla Besurica: il confronto e la collaborazione (54,5%), la disponibilità a mettersi in gioco (18,2%), la struttura chiara e lineare del progetto (9,1%);
- a Traversetolo: la collaborazione proficua tra i partecipanti (50%), le relazioni significative (20%) e la presenza di obiettivi comuni (10%).

Tab. 4.19 Il tuo Gruppo: Punti di Forza BESURICA

	Metà Progetto	Fine progetto
Confronto, Dialogo, Collaborazione	40,0	54,5
Voglia di mettersi in gioco	20,0	18,2
Semplicità del progetto	13,3	9,1
Ottimismo	6,7	/
Esperienza dei componenti	6,7	/
NR	13,3	18,2

Tab. 4.20 Il tuo Gruppo: Punti di Forza TRAVERSETOLO

	Metà Progetto	Fine progetto
Obiettivi comuni	25,0	10,0
Collaborazione	30,0	50,0
Relazione	10,0	20,0
Concretezza, competenze	10,0	10,0
NR	25,0	10,0

A metà percorso in entrambe le realtà i gruppi segnalano che potrebbero e dovrebbe migliorare nel coinvolgimento di altri soggetti (33,3% alla Besurica, 30% a Traversetolo) e

nella concretezza (13,3% Besurica, 15% Traversetolo). Tali informazioni indicano la consapevolezza delle dimensioni ristrette in termini quantitativi dei gruppi. A fine progetto le considerazioni sono sostanzialmente e sorprendentemente confermate, con alcuni assestamenti e spostamenti:

- i rispondenti della Besurica ritengono che avrebbero potuto impegnarsi tutti di più e meglio (27,3%),
- coloro che provengono da Traversetolo individuano con maggiore vigore come punto di debolezza il coinvolgimento di altri concittadini.

	Metà Progetto	Fine progetto
Concretezza e orientamento ai risultati	13,3	/
Coinvolgere altri	33,4	9,2
Impegno	13,3	27,3
NR	40,0	54,5

	Metà Progetto	Fine progetto
Coinvolgimento altri	30,0	40,0
Migliorare nelle azioni	10,0	/
Partecipazione di tutti	5,0	/
Concretezza	15,0	20,0
NR	40,0	40,0

A metà percorso le relazioni e i contatti con altri gruppi sono presenti, ma evidentemente migliorabili su entrambe i territori. Più sviluppata è la conoscenza delle attività e iniziative di altri gruppi di lavoro (80% risposte positive a Traversetolo, 63,6% risposte positive alla Besurica), mentre ancora incerta resta la collaborazione tra i gruppi (33% alla Besurica, 25% a Traversetolo). Vi sono però cittadini che autonomamente partecipano alle attività di più gruppi (risposte positive: 46,7% Besurica, 65% Traversetolo).

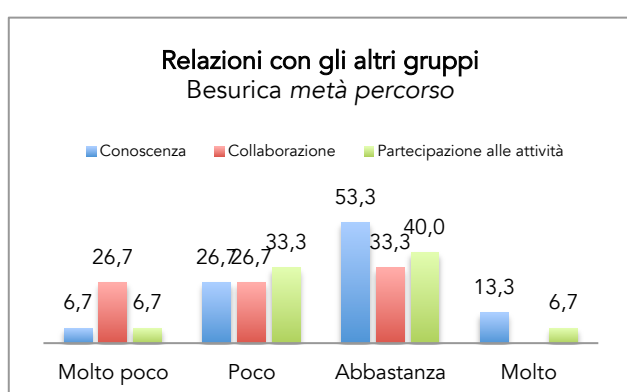


fig. 4.20

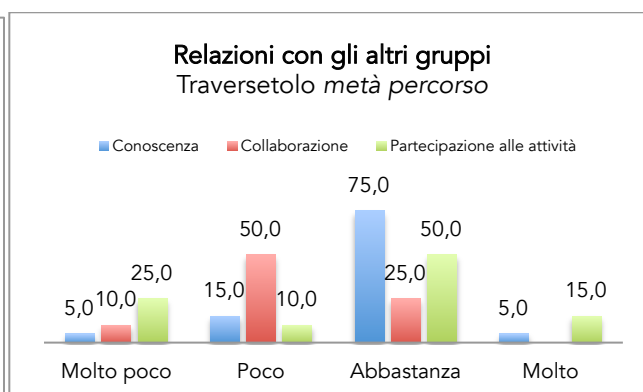


fig. 4.21

Le risposte offerte al termine del progetto confermano sui due territori, seppure con valori lievemente differenti, la tendenza registrata a metà.

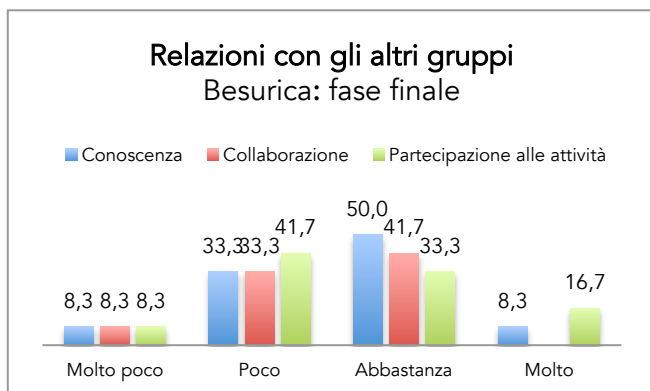


fig. 4.22

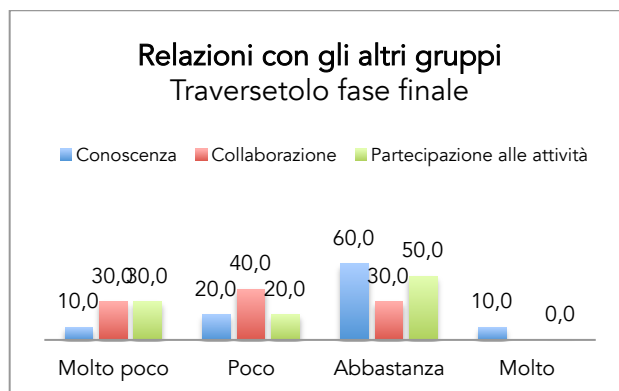


fig. 4.23

E' in sostanza possibile affermare che il contatto e la collaborazione con altri gruppi di lavoro restano ancora marginali e residuali nel progetto. Non che non siano presenti, ma non sono strutturati e restano una scelta di alcuni partecipanti. L'interesse da parte dei cittadini a partecipare e informarsi su più attività c'è e sarebbe opportuna una integrazione maggiore tra esse. Ma questa deve essere pianificata e stabilita dall'inizio.

4.3 La partecipazione: conclusioni

Al termine del progetto è possibile dire che esso mostra di aver stimolato, indotto e agevolato una partecipazione complessiva molto buona in termini quantitativi: sono alcune centinaia i cittadini coinvolti sui due territori dai vari "movimenti" del progetto, la maggior parte dei quali tuttora presenti. Alcuni problemi sorgono (in entrambe i contesti) allorché si richiede un impegno attivo e costruttivo: in quelle fasi progettuali (es. gruppo promotore, gruppi di progettazione azioni, intergruppi, gruppo post-uscita AUSL³) la partecipazione mostra di avere un andamento a imbuto, con alcuni restringimenti, e si fanno più ridotti i numeri dei cittadini e le persone disponibili.

Una dinamica simile è osservata anche nella "capacità di proporre" (rilevata nel corso della pianificazione e organizzazione delle azioni) che è propria soltanto di alcuni soggetti e che richiede di essere amministrata con competenza.

Le dinamiche dei gruppi mostrano infine che essi necessitano di obiettivi operativi e ben focalizzati: la partecipazione (in chiave quantitativa e qualitativa) è migliore nei gruppi con queste caratteristiche, mentre è più difficile in quelli con finalità meno precise indipendentemente dall'oggetto di intervento (es. *alcol fumo* ha avuto buon esito su Piacenza, mentre ha avuto varie difficoltà a Traversetolo).

Il lavoro degli operatori (ma anche dei partecipanti ai gruppi), per una buona tenuta dei gruppi stessi, si è rivelato quello di portare l'attenzione sull'operatività e su scadenze a breve termine e ben definite. Il progetto e la partecipazione, nel complesso, paiono

³ Si vedano i capitoli 5 e 6.

beneficiare di periodi contingentati e con attività specifiche, mentre soffrono di fasi più lunghe e con scarso orientamento al risultato finale.

Infine i cittadini dimostrano consapevolezza dei mezzi, del lavoro, delle qualità e dei loro difetti. Essi infatti riconoscono possibilità di espansione della partecipazione nei gruppi di lavoro, al contempo segnalano come tra le chiavi di successo del progetto nella realizzazione delle azioni sono state la collaborazione e il confronto tra i membri dei gruppi, l'orientamento ai risultati e la costanza nell'impegno.

Ciò che le opinioni dei vari stakeholder consultati indicano quindi è che la partecipazione non è solo una questione di quantità, ma essa porta a concrete realizzazioni soltanto se accompagnata da elementi qualitativi (collaborazione e relazioni). Laddove queste sono presenti, anche numeri più ristretti di partecipanti sono sufficienti come motore espansivo per portare interventi sul territorio.

Il fattore relazionale (in termini di collaborazioni e di rapporti) sembra quindi quello da presidiare con maggiore attenzione dai vari soggetti e con le varie attività (coordinamento, formazione, valutazione, ecc.), in quanto garantisce la conservazione e la minima dispersione delle risorse coinvolte.

5. Cambiamenti, empowerment e advocacy

Il quinto capitolo del report finale di valutazione di Guadagnare Salute realizzato a Traversetolo e Piacenza (q.re Besurica), si sofferma sugli effetti prodotti sui partecipanti e sui cittadini, in termini di *cambiamenti* (conoscenze e comportamenti), di empowerment e di autonomia. In una sezione del capitolo si analizzano anche modifiche contestuali e sugli stakeholder coinvolti, dei fattori PAR (predisponenti, abilitanti e rinforzanti). La base metodologica e di strumenti utilizzati per questa analisi è costituita da: a) i questionari di valutazione somministrati nei gruppi⁴ (la sezione sui cambiamenti), b) i questionari su fattori PAR somministrati alla cittadinanza alcune settimane dopo l'avvio delle azioni⁵, c) dallo schema di Laverack-Labonte sulle dimensioni di empowerment (su cui è stato effettuato un ragionamento specifico).

5.1. Cambiamenti prodotti nella cittadinanza

In entrambe i casi i gruppi di cittadini coinvolti hanno segnalato che la partecipazione a Guadagnare salute ha avuto effetti medio buoni (si vedano figg. 5.1 e 5.2): tra le risposte si nota infatti (sia per le **conoscenze**, sia per i **comportamenti**) una prevalenza degli *abbastanza*, e quote inferiori di risposte in area negativa. Da segnalare che comunque l'impatto sembra esserci stato maggiormente sui comportamenti (su entrambe i territori hanno opinioni positive o vicine al 90% fig. 5.1 Besurica o pari al 70% fig. 5.2 Traversetolo), mentre le conoscenze (si veda figura 5.1 Besurica) sono state interessate ma in misura inferiore e raccolgono risposte negative in misura maggiore (Besurica 40% fig. 5.1, Traversetolo 30% fig. 5.2).

⁴ Ci si riferisce ai "Gruppi di Lavoro" (Alimentazione, Attività Fisica, Alcol-Fumo) che hanno operato sui due territori. I questionari sono stati distribuiti o durante gli incontri in plenaria (Besurica) o nel corso delle riunioni dei singoli gruppi (Traversetolo).

⁵ La somministrazione è stata effettuata dagli operatori attivi sul progetto e ha interessato ampi numeri di cittadini sui due territori, senza un campionamento necessariamente definito, ma attraverso una distribuzione capillare dello strumento-questionario in vari punti e in varie attività.

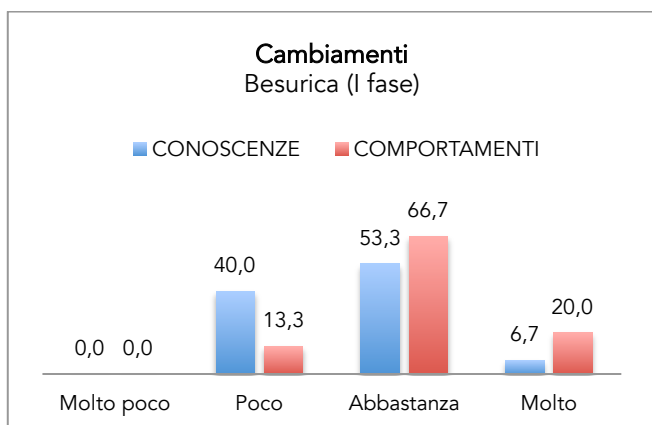


fig. 5.1

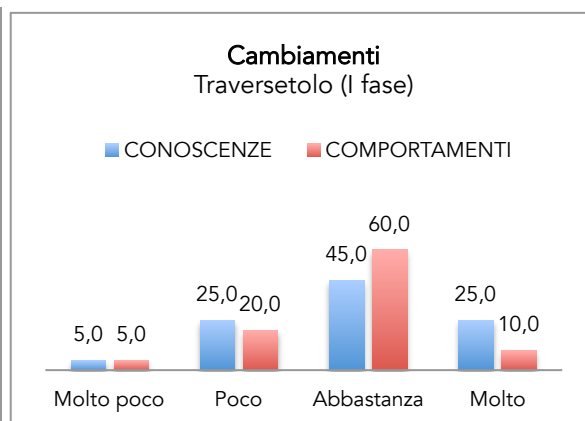


fig. 5.2

Nella fase finale di Guadagnare Salute sono ancora i *comportamenti* ad essere individuati come maggiormente influenzati dalle attività e dalla partecipazione (fig. 5.3: 78,3% risp. positive Besurica; fig. 5.4: 98% risp. positive Traversetolo).

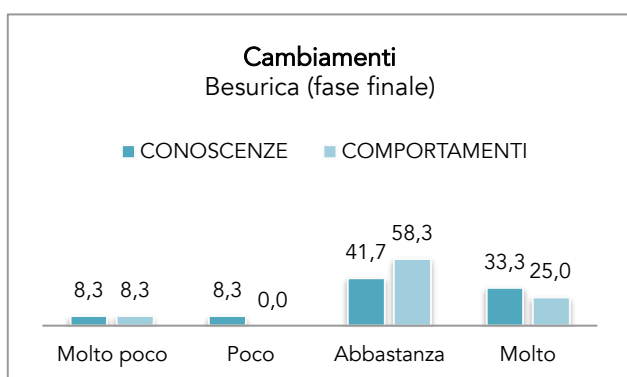


fig. 5.3

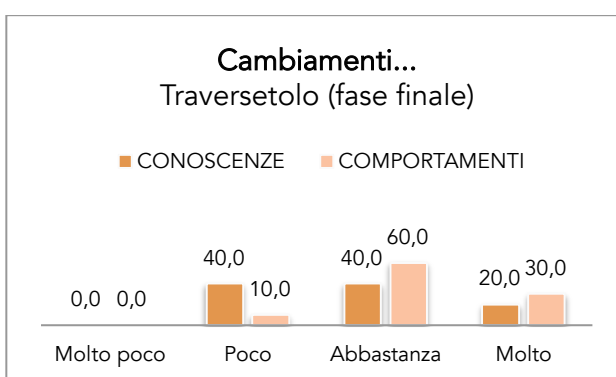


fig. 5.4

Attraverso domande aperte si è cercato di comprendere i motivi delle risposte, chiedendo quindi quali fossero stati i cambiamenti o di argomentare l'eventuale risposta negativa. Nel quartiere Besurica il 40% dei rispondenti non ha offerto motivazioni (NR), mentre chi ha risposto negativamente ha argomentato tale opinione nel 40% dei casi, dichiarando (si veda tab. 5.1): a) di essere già attento/a e a conoscenza di comportamenti e stili di vita salutari (20%), b) di non aver avuto nuove conoscenze in proposito (13,3%), c) che fosse ancora presto per misurare cambiamenti (6,7%). Coloro che hanno offerto risposte positive hanno fornito approfondimenti nel 20% dei casi, in questa maniera: a) il 6,7% ha dichiarato che il progetto è stato un approfondimento, b) il 13,3% ha sostenuto di aver avuto benefici in termini conoscitivi grazie al confronto con altri cittadini. Nella fase finale si ha una sostanziale conferma di questi aspetti e i rispondenti dichiarano che la partecipazione a Guadagnare salute ha agito (tab. 5.1):

- a) in senso positivo prevalentemente producendo un approfondimento di conoscenze sul tema,
- b) su un ambito in cui già si prestava attenzione (16,7%) o apportando nessuna nuova conoscenza (8,3%).

Tab. 5.1 Cambiamenti **Conoscenze** BESURICA

	Metà Progetto	Fine progetto
Approfondimento	6,7	16,7
Confronto con altri	13,3	/
Ancora presto	6,7	/
Era già attento/a	20,0	16,7
Nessuna nuova	13,3	8,3
NR	40,0	58,3

Anche Traversetolo registra deboli incrementi di conoscenze (tab. 5.2) con un numero alto di non risposte (45%) e una quota di partecipanti che dichiara di non aver avuto nessuna nuova informazione (15%). 4 cittadini su 10 motivano invece positivamente dichiarando: a) di aver imparato cose nuove, b) di aver preso coscienza di varie questioni legate alla salute, c) di impegnarsi di più. Ne risulta che in larga misura il progetto ha agito su un terreno fertile, coinvolgendo una parte di cittadinanza comunque già informata e consapevole.

Nella fase finale di Guadagnare Salute i rispondenti di Traversetolo confermano le precedenti informazioni, ammettendo comunque che il progetto ha prodotto in loro un impegno maggiore e un approfondimento (30%) anche grazie al confronto con altri (10%).

Tab. 5.2 Cambiamenti **Conoscenze** TRAVERSETOLO

	Metà Progetto	Fine progetto
Apprendimenti nuovi	15,0	/
Impegno maggiore - Approfondimento	20,0	30,0
Presa di coscienza	5,0	/
Confronto con altri	/	10,0
Nessun nuova	15,0	10,0
Era già attento/a	/	20,0
NR	45,0	30,0

Nel quartiere di Piacenza i partecipanti al progetto motivano i cambiamenti di comportamento descrivendo una **maggiore attenzione** (46,7%) all'uso di alcol, fumo e al consumo di cibo più sano e cucinato in modo leggero. Chi ha offerto risposta negativa dichiara di non aver cambiato comportamento in quanto era già consapevole (13,3%). Andamenti praticamente identici (dato significativo) vengono rilevati al termine del percorso (tab. 5.3 colonna a destra): il 50% dichiara di essere già attento e consapevole. È quindi presente nelle varie fasi una quota importante di persone residenti alla Besurica che ha beneficiato dell'ingresso nel progetto: esso pare aver agito come stimolo e sollecitazione per **consolidare** stili di vita sani e conoscenze sulla salute.

Tab. 5.3 Cambiamenti **COMPORAMENTI** BESURICA

	Metà Progetto	Fine progetto
Maggiore attenzione e maggiore ricerca	13,3	8,3
Già consapevole	46,7	50,0
NR	40,0	41,7

Anche a Traversetolo (tab. 5.4) il progetto pare aver agito prevalentemente come rafforzamento di stili di vita e comportamenti salutari già "agiti" dai cittadini partecipanti.

- A metà percorso il 47,4% di essi dichiara infatti di aver migliorato e dato costanza a comportamenti già adottati e soltanto il 10,5% dice di averne sviluppati di nuovi;
- Alla fine del progetto questi valori si rivelano inalterati (tab. 5.4, colonna a destra) e si conferma che sono stati prevalentemente migliorati comportamenti già adottati (30%).

Tab. 5.4 Cambiamenti **COMPORAMENTI** TRAVERSETOLO

	Metà Progetto	Fine progetto
Comportamenti nuovi	10,5	20,0
Costanza miglioramento di comportamenti già adottati	47,4	30,0
Già attento/a in precedenza	10,5	10,0
NR	31,6	40,0

La rilevazione dimostra che il progetto pare comunque aver lavorato su cittadini prevalentemente già informati e attenti, che si sono impegnati e fatti promotori, agendo quindi come leva per la *advocacy*.

Guadagnare salute ha però anche il merito di aver rafforzato e migliorato conoscenze e comportamenti delle persone coinvolte, rendendo strutturali gli atteggiamenti, e consentendo proprio ai partecipanti di mettersi in gioco per diffondere le loro convinzioni ad altri concittadini.

5.2 Fattori PAR

Come è noto, in letteratura (Green L.W. e Kreuter M. W., 1991), con i fattori PAR si identificano aspetti *predisponenti*, *abilitanti* e *rinforzanti*:

- ***predisponenti*** (riferiti alla *sfera individuale*), precedono l'assunzione di un comportamento e forniscono l'impulso iniziale e la motivazione, sono identificabili con gli elementi che forniscono le ragioni o le motivazioni per un determinato comportamento (conoscenze, atteggiamenti, percezioni, credenze, valori, preferenze personali);
- ***abilitanti*** (appartenenti alla *sfera ambientale*), sono anch'essi antecedenti all'assunzione di un comportamento e facilitano e sostengono la motivazione che realizza l'assunzione di un comportamento e la performance di un'azione condotta da un individuo o da un'organizzazione identificabili con tutti quegli elementi che facilitano la realizzazione di certe azioni; possono influenzare il comportamento direttamente o indirettamente attraverso un fattore ambientale: programmi, servizi, risorse -accessibilità, disponibilità-, incentivi, abilità (skills);
- ***rinforzanti*** (sfera relazionale), contribuiscono e sono di incentivo al persistere e ripetersi di un comportamento, elementi che appaiono successivi al

comportamento e che forniscono continuativamente nel tempo ricompense o incentivi per sostenere il comportamento: sostegno sociale, influenza dei pari.

È stato somministrato un questionario per valutare l’impatto del progetto tra coloro che hanno partecipato alle azioni e tra altri cittadini (nel quartiere Besurica i punti di somministrazione sono gli studi degli MMG).

Il questionario esplora con scala likert-like (cinque opzioni: due negative *molto poco*, *poco*; una intermedia *così e così*; due positive *abbastanza*, *molto*), per ciascuno dei “quattro fattori” di Guadagnare Salute, l’incidenza del progetto su alcuni fattori PAR (predisponenti, abilitanti, rinforzanti), indagando se negli ultimi sei mesi siano cambiati: a) conoscenza delle conseguenze per la salute, b) desiderio di modificare i comportamenti, c) sostegno percepito da parte di servizi ed istituzioni ai comportamenti salutari, d) opportunità sul territorio che sostengono comportamenti salutari, e) se i cittadini ritengono di mettere in pratica comportamenti salutari.

Tale strumento di ricerca, preparato a fini valutativi dagli operatori e dal valutatore estensore del presente report, è stato distribuito congiuntamente a quello preparato dai cittadini con lo scopo di sensibilizzare i concittadini ai temi di Guadagnare Salute.

L’equipe di lavoro riteneva che sarebbe stata preferibile una doppia somministrazione del questionario, prima e dopo lo svolgimento delle attività. Ciò, tuttavia, non è stato possibile per ragioni organizzative legate anche al fatto che lo strumento, non essendo ancora stato preparato, ha richiesto dei tempi di progettazione che non è stato possibile ricavare in fase di avvio delle attività.

5.2.1 Quartiere Besurica – Piacenza

Nel quartiere il questionario è stato distribuito in vari contesti e ambienti (luoghi pubblici, medici di medicina generale) ed è stato compilato da 84 persone. Di esse il 74,4% conosceva il progetto Guadagnare salute, mentre il 25,6% non ne era a conoscenza.

Il questionario ha avuto elevate percentuali di *non risposte* (mediamente attorno al 30%), di cui si rende conto nelle tabelle 5.9 - 5.13.

La maggior parte di chi ha risposto *vive ma non lavora nel quartiere* (63,9%), pertanto è possibile dire che il campione conoscono assai bene il contesto di attuazione del progetto. Vi è poi una quota importante anche di chi *non vive e non lavora* alla Besurica (32,5%) (tab. 5.5).

Tab. 5.5 *luogo di residenza e lavoro* di chi ha compilato il questionario %

alla Besurica	
...ci vivo e ci lavoro	1,2
...non ci vivo e non ci lavoro	32,5
... ci lavoro ma non ci vivo	2,4
...ci vivo ma non ci lavoro	63,9

Il questionario è stato compilato prevalentemente da persone di genere femminile (tab. 5.6, 70,7%), mentre le fasce di età (tab. 5.7) sembrano assai omogenee tra loro, con una lieve predominanza di persone adulte o anziane.

Tab. 5.6 **Genere** di chi ha compilato il questionario %

Maschio	29,3
Femmina	70,7

Tab. 5.7 **Età (fasce)** di chi ha compilato il questionario %

20 – 40 anni	26,0
41 – 60 anni	37,0
Oltre i 65 anni	37,0

Il questionario per la valutazione dei fattori PAR alla fine del percorso ha misurato (con domande dirette ai rispondenti) se negli "6 mesi precedenti alla somministrazione" vi siano stati dei cambiamenti per aspetti relativi ai comportamenti/stili-di-vita, al cambiamento (miglioramento) di conoscenza in merito ai temi della salute, al desiderio/intenzione di adottare stili di vita sani, alla percezione/convincimento che il contesto attorni offra aumentate opportunità per scelte salutari.

Relativamente ai comportamenti salutari, attraverso i questionari somministrati alla fine del percorso, è stato valutato se negli ultimi mesi vengono messi in pratica alcuni comportamenti (nel commento sotto non si considerano le non risposte, mediamente elevate -attorno al 35%- per i *fattori predisponenti*, abbastanza elevate -attorno al 50%- per i *fattori abilitanti*, medio base per i *fattori rinforzanti*).

I rispondenti appartenenti al gruppo **Laboratorio di Cucina** dichiarano che negli ultimi 6 mesi sono *messi in pratica*: a) comportamenti salutari rispetto all'alimentazione; b) comportamenti salutari in merito a tutti i fattori.

Nel medesimo gruppo (Laboratorio cucina):

a) si ritiene che (negli ultimi 6 mesi) vi siano state variazioni

- importanti: 1) nella **conoscenza dei rischi** per la salute connessi all'alimentazione.; 2) la variazione del **desiderio di cambiare comportamento** rispetto all'alimentazione;
- di buon livello: nel **desiderio** di cambiare comportamento rispetto a tutti i fattori;
- di medio livello: per la **conoscenza dei rischi** per la salute connessi a tutti i fattori;

b) vi è la percezione che negli ultimi 6 mesi:

- siano aumentate nel territorio le **opportunità** a sostegno di una sana alimentazione;
- siano aumentate nel territorio le **opportunità** a sostegno di sani stili di vita;
- le **istituzioni sostengano** verso scelte alimentari salutari.

Inoltre i rispondenti al questionario appartenenti al gruppo Besuricamina (**attività fisica**) dichiarano che negli ultimi 6 mesi:

- vi sono modifiche **importanti** di **messa in pratica** dei comportamenti salutari rispetto a tutti gli aspetti del progetto ;
- vi sono cambiamenti **medi** di **messa in pratica** dei comportamenti salutari rispetto all'attività fisica;
Ancora gli appartenenti al gruppo attività fisica ritengono che vi siano:
 - effetti molto positivi su: **desiderio** di cambiare comportamento rispetto all'attività fisica; agevolazione di **scelte** verso l'attività **fisica** servizi ed istituzioni; aumento di **opportunità** per essere fisicamente attivi;
 - effetti abbastanza positivi su: presenza di servizi ed istituzioni che agevolano le scelte salutari, rispetto ai quattro fattori; aumento delle **opportunità** per cambiare i comportamenti che influiscono sulla salute (quattro fattori); aumento del **desiderio** di cambiare comportamento rispetto ai 4;
 - effetti moderatamente positivi su: miglioramento della **conoscenza** dei rischi dell'inattività fisica; miglioramento della **conoscenza** dei rischi per la salute legati ai 4 fattori.

I dati sopra riportati consentono di formulare alcune prime conclusioni rispetto all'incidenza del progetto Guadagnare Salute sui fattori Predisponenti, Abilitanti e Rinforzanti sul territorio e tra la popolazione del quartiere Besurica.

- a) Il progetto pare avere un **effetto** complessivamente '**buono**' (e a tratti 'molto buono') sui **comportamenti** dei cittadini coinvolti. Essi infatti nella maggior parte dei casi dichiarano di aver cambiato in meglio i loro comportamenti in merito ai 4 fattori individuati da guadagnare salute. In questo senso sono importanti le partecipazioni alle azioni organizzate e realizzate sul territorio che vedono coinvolti attivamente i cittadini stessi;
- b) Il progetto dimostra di avere un **effetto** '**medio**' sulla **conoscenza** in merito ai quattro temi (alimentazione, attività fisica, alcol e fumo). I cittadini paiono quindi già informati ad un buon livello, semmai col progetto consolidano e perfezionano alcune conoscenze (come dimostrano anche le informazioni provenienti dal questionario valutativo par. ...);
- c) Il progetto incide anche ad un **livello** '**buono**' sul **desiderio** di **cambiare comportamento** rispetto ai quattro temi di Guadagnare Salute. In merito all'alimentazione e all'attività fisica i rispondenti offrono opinioni in maggioranza positive e questo si lega al punto precedente sui comportamenti. L'ingresso nel progetto pare quindi essere un meccanismo positivo di consapevolezza e quindi di atteggiamento diverso (più attivo) verso i temi della salute;
- d) Infine vi è la **percezione** che sul territorio (q.re Besurica) vi siano negli ultimi mesi siano aumentate moderatamente le **opportunità** (soprattutto offerte dalle istituzioni) per assumere e adottare stili di vita salutari relativamente all'attività fisica, all'alimentazione, al fumo e al consumo di alcol. A tale percezione va unita la considerazione che 'effettivamente' il progetto costituisce un'opportunità per il territorio, andando a offrire occasioni nuove (anche di lavoro e aggregazione) proprio attorno ai quattro aspetti di guadagnare salute.

La tabella (tab. 5.8) di seguito riporta le domande così come sono state formulate e poste ai cittadini.

Tab. 5.8

D24	Negli ultimi sei mesi...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abba- stanza	Molto
Quanto è cambiata la tua CONOSCENZA dei rischi per la salute legati...	...al consumo di alcol ?					
	...al fumo ?					
	...a errate abitudini alimentari ?					
	...alla scarsa attività fisica ?					
Quanto è aumentato il tuo DESIDERIO di cambiare comportamento rispetto...	...al consumo di alcol ?					
	...al fumo ?					
	...ad errate abitudini alimentari ?					
	...alla scarsa attività fisica ?					
Quanto metti in PRATICA comportamenti salutari relativamente a...	...consumo di alcol ?					
	... fumo ?					
	... alimentazione ?					
	... attività fisica ?					
Sono aumentate, nel luogo in cui abiti, le OPPORTUNITA' per...	...diminuire il consumo di alcol ?					
	... fumare meno ?					
	...avere una corretta alimentazione ?					
	...fare più attività fisica ?					
ISTITUZIONI e SERVIZI attorno a te, ti spingono e agevolano verso scelte salutari (con messaggi, comportamenti e informazioni) in materia...	...di alcol ?					
	...di fumo ?					
	...di alimentazione ?					
	...di attività fisica ?					
FAMIGLIA ED AMICI a te vicini, ti spingono e ti agevolano verso scelte salutari (con messaggi, comportamenti e informazioni) in materia...	...di alcol ?					
	...di fumo ?					
	...di alimentazione ?					
	...di attività fisica ?					

Andando ad analizzare i dati nel complesso, ma nel dettaglio di ogni dimensione indagata emerge che (si vedano le tabelle seguenti con le evidenziazioni in celeste) negli ultimi sei mesi:

- la **conoscenza** è cambiata ma in particolare per abitudini alimentari e attività fisica, mentre si hanno cambiamenti (con valori inferiori) per alcol e fumo;

- b) il **desiderio di cambiare** comportamento è cambiato in particolare per i medesimi aspetti precedenti (alimentazione e attività fisica), mentre in misura inferiore per alcol e fumo;
- c) la **messa in pratica** di comportamenti salutari pare cambiata per tutti e quattro gli aspetti;
- d) l'**aumento di opportunità** percepito riguarda ancora una volta in misura maggiore l'alimentazione e l'attività fisica;
- e) l'**influenza della famiglia** si rivela **alta** per i rispondenti per tutte e quattro gli aspetti considerati (forte prevalenza dei *molto*);
- f) l'**influenza delle istituzioni** è percepita come **umentata** ad un livello buono (prevalenza delle risposte "abbastanza").

Le informazioni ricavate dal questionario indicano certamente una "direzione", ma non sono di facile interpretazione. Esse ci dicono che negli ultimi mesi la **conoscenza** e il **desiderio** di comportamenti salutari sono **cambiati** relativamente alla **alimentazione** e alla **attività fisica**.

Al contrario i rispondenti dichiarano di avere cambiato i **comportamenti** salutari prevalentemente per **alcol** e **fumo**, mentre, in grado sempre positivo ma inferiore, per alimentazione e per attività fisica.

La percezione del cambiamento di **opportunità** riguarda in misura più importante l'**alimentazione** e l'**attività fisica**; mentre l'**influenza** maggiore sul comportamento è ritenuta essere quella della **famiglia** (**forte** su tutti i fattori), mentre è ritenuta **buona** quella delle **istituzioni**.

Alla luce di tali informazioni è possibile quindi dire che negli ultimi mesi i cambiamenti più importanti dichiarati dai rispondenti provenienti dal quartiere Besurica hanno riguardato i comportamenti, in particolare l'alcol e il fumo. Ma a tale cambiamento non ne ha corrisposto uno altrettanto significativo in termini di conoscenza e di desiderio, che invece ha riguardato le abitudini alimentari e l'attività fisica. In questo quadro la famiglia pare avere un ruolo fondamentale per orientare scelte e conoscenza/consapevolezza in merito alla salute.

In questa ottica è in merito ai fattori PAR si può notare che:

- **Predisponenti** (sfera individuale): l'indagine mette in evidenza come vi sia percezione che vi sia stato un cambiamento negli ultimi mesi per la conoscenza e per il desiderio, ma che ha riguardato in maniera particolare aspetti legati ai benefici di alimentazione e attività fisica;
- **Abilitanti** (sfera ambientale): è opinione diffusa che in questi ultimi mesi il contesto sta offrendo opportunità soprattutto per alimentazione e attività fisica (e d'altronde è ciò che è accaduto con le azioni realizzate sin qua)
- **Rinforzanti** (relazioni): vi è un marcato influsso della famiglia su conoscenze e comportamenti riguardanti la salute, ma è percepito come significativo anche il ruolo delle istituzioni locali. Ciò può indicare che il lavoro svolto informativo e di sensibilizzazione proprio dalle istituzioni ha una forte risonanza nei contesti familiari che hanno un forte peso nell'educazione e nelle scelte di ciascuno.

Tab. 5.9 Q.re Besurica - negli ultimi 6 mesi è cambiata la...

Conoscenza in merito a...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	15,9	18,2	2,3	18,2	10,2	35,2
<i>Fumo</i>	14,8	13,6	5,7	14,8	14,8	36,4
<i>Abitudini Alimentari</i>	10,2	11,4	9,1	21,6	15,9	31,8
<i>Attività Fisica</i>	11,4	10,2	5,7	18,2	20,5	34,1

Tab. 5.10 Q.re Besurica - negli ultimi 6 mesi è cambiato il...

Desiderio di avere comportamenti salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	26,1	10,2	3,4	9,1	14,8	36,4
<i>Fumo</i>	21,6	9,1	4,5	12,5	13,6	38,6
<i>Abitudini Alimentari</i>	10,2	9,1	12,5	20,5	14,8	33,0
<i>Attività Fisica</i>	11,4	8,0	5,7	20,5	20,5	34,1

Tab. 5.11 Q.re Besurica - negli ultimi 6 mesi metti di più in...

Pratica comportamenti salutari in merito a...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	2,3	4,5	4,5	20,5	31,8	36,4
<i>Fumo</i>	4,5	6,8	1,1	6,8	43,2	37,5
<i>Abitudini Alimentari</i>	2,3	3,4	17,0	29,5	15,9	31,8
<i>Attività Fisica</i>	5,7	10,2	17,0	17,0	14,8	35,2

Tab. 5.11 Q.re Besurica - negli ultimi 6 mesi vi sono maggiori...

Opportunità di scelte salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	13,6	12,5	9,1	9,1	6,8	48,9
<i>Fumo</i>	11,4	10,2	2,3	9,1	8,0	59,1
<i>Abitudini Alimentari</i>	9,1	5,7	9,1	20,5	9,1	46,6
<i>Attività Fisica</i>	6,8	9,1	4,5	19,3	15,9	44,3

Tab. 5.12 Q.re Besurica - negli ultimi 6 mesi

Famiglia spinge a scelte salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	17,6	5,9	11,8	5,9	41,2	17,6
<i>Fumo</i>	17,6	5,9	5,9	0,0	52,9	17,6
<i>Abitudini Alimentari</i>	5,9	0,0	11,8	29,4	52,9	0,0
<i>Attività Fisica</i>	0,0	0,0	17,6	29,4	47,1	5,9

Tab. 5.13 Q.re Besurica - negli ultimi 6 mesi

Istituzioni spingono a scelte salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	11,4	13,6	11,4	21,6	12,5	29,5
<i>Fumo</i>	12,5	9,1	12,5	20,5	15,9	29,5
<i>Abitudini Alimentari</i>	8,0	10,2	11,4	31,8	14,8	23,9
<i>Attività Fisica</i>	9,1	6,8	13,6	28,4	18,2	23,9

5.2.2 Traversetolo - Parma

La somministrazione a Traversetolo (Parma) ha avuto le seguenti caratteristiche:

- i questionari compilati sono stati 101, la somministrazione è avvenuta nella fase finale di attività dei gruppi e/o del progetto;
- 10 questionari sono stati somministrati in sede di intergruppo con i componenti dei gruppi tematici;
- 29 questionari sono stati compilati da parte dei componenti del gruppo di cammino;
- 19 sono stati compilati dai componenti del laboratorio teatrale;
- 43 dai partecipanti al corso di cucina, al quarto di cinque incontri e con noi presenti.

L'anagrafica dei rispondenti al questionario rivela che:

- a) una quota elevata di essi **vive** a Traversetolo (73,3%), mentre sono più rari i casi di chi ci lavora (9,9%) (tab. 5.14); il campione è quindi particolarmente informato sul contesto su cui agisce il progetto e rappresenta adeguatamente (in senso "conoscitivo") il comune di riferimento;
- b) il questionario è stato prevalentemente compilato da persone di genere femminile (72,3%, tab. 5.15) e dalla fascia d'età intermedia (la classe che va da 41 a 64 anni è la più rappresentata con il 40,6%, tab. 5.16). Si osserva un'assenza di soggetti "giovani" (fino a 40 anni).

Tab. 5.14 **luogo di residenza e lavoro** di chi ha compilato il questionario %

A Traversetolo	
...ci vivo	73,3
...non ci vivo	16,8
... ci lavoro	9,9

Tab. 5.15 **Genere** di chi ha compilato il questionario % - Traversetolo

Maschio	20,8
Femmina	72,3
NR	6,9

Tab. 5.16 **Età (fasce)** di chi ha compilato il questionario % - Traversetolo

20 – 40 anni	0,0
41 – 64 anni	40,6
Oltre i 65 anni	34,7
NR	24,8

Si hanno a disposizione risultati divisi per ciascun gruppo. (nel commento sotto non si considerano le non risposte, tendenzialmente attorno al 20%).

Il gruppo ***Metti una sera a teatro – Laboratorio teatrale*** fa registrare un andamento positivo o molto positivo per quanto riguarda i fattori predisponenti (comportamenti, desiderio di mettere in pratica, conoscenza) e quelli rinforzanti (ruolo di attori nel proprio contesto in favore di atteggiamenti salutari).

1) Rispetto ai fattori PREDISPONENTI:

a) si hanno esiti molto buoni rispetto ai ***comportamenti*** e al ***desiderio di cambiamento*** (mette in pratica comportamenti salutari rispetto all'alcol e fumo, mette in pratica comportamenti salutari, ha visto aumentare il desiderio di cambiare comportamento rispetto ai 4 fattori);

b) Si hanno esiti medio-buoni rispetto alla conoscenza e al desiderio, sono migliorati ***abbastanza/molto*** (la conoscenza dei rischi rispetto al consumo di alcol e fumo, la conoscenza dei rischi per la salute legati ai 4 fattori, il desiderio di cambiare comportamento rispetto all'alcol ed al fumo).

2) Rispetto ai fattori ABILITANTI:

si hanno esiti medio-bassi, con una percezione di opportunità comunque limitate (percezione aumento le opportunità per essere diminuire il consumo di alcol e fumo, e aumento le opportunità per cambiare i comportamenti che influiscono sulla salute - quattro fattori).

3) Rispetto ai fattori RINFORZANTI:

si registrano esiti piuttosto buoni, con la percezione che servizi e istituzioni stiano compiendo azioni che facilitano l'assunzione di comportamenti salutari (Servizi ed istituzioni agevolano le scelte verso la riduzione dell'uso dell'alcol e del fumo, Servizi ed istituzioni agevolano le scelte salutari, rispetto ai quattro fattori).

Il gruppo ***Piacere e salute a tavola – Incontri teorico-pratici di cucina*** fa registrare un andamento complessivamente molto positivo per tutti e tre i tipi di fattori. Vi sono alcune differenze.

1) Fattori PREDISPONENTI

a) Rispetto alla ***messa in pratica*** di comportamenti si nota un atteggiamento "corretto" e in linea con quanto indicato a livello sanitario (Messa in pratica comportamenti salutari rispetto all'alimentazione, messa in pratica comportamenti salutari (tutti i fattori);

b) rispetto alla conoscenza si nota un buon andamento con particolare riferimento alla alimentazione (inferiore quella relativa a tutti i fattori): (Variazione percepita nella conoscenza dei rischi per la salute connessi all'alimentazione, Variazione percepita nella conoscenza dei rischi per la salute connessi a tutti i fattori);

c) rispetto al desiderio di cambiamento si hanno valori positivi, ***pienamente*** per quanto riguarda l'alimentazione, ***molto*** per quanto riguarda i fattori di salute:

- Variazione del desiderio di cambiare comportamento rispetto all'alimentazione,
- Variazione di desiderio di cambiare comportamento rispetto a tutti i fattori.

2) Fattori ABILITANTI:

I rispondenti appartenenti al gruppo Cucina paiono percepire un aumento di **opportunità** a sostegno di comportamenti salutari, in particolare in riferimento alla sana alimentazione (Percezione che siano aumentate nel territorio le opportunità a sostegno di una sana alimentazione, Percezione che siano aumentate nel territorio le opportunità a sostegno di sani stili di vita).

3) Rispetto ai fattori RINFORZANTI:

La percezione di un **sostegno** verso stili di vita corretti è positiva, ma ad un livello medio (Percezione che le istituzioni sostengano verso scelte alimentari salutari, Percezione che le istituzioni sostengano verso scelte salutari rispetto a tutti i fattori).

Il gruppo **Traversetolo che cammina** fa registrare un andamento positivo o molto positivo per con alcune differenze tra i singoli aspetti.

1) Fattori PREDISponentI.

a) La pratica di atteggiamenti salutari è positiva, con particolare riferimento all'attività fisica (messa in pratica comportamenti salutari rispetto all'attività fisica, messa in pratica comportamenti salutari);

b) La conoscenza dei rischi è abbastanza buona relativi all'inattività fisica, meno significativa per i quattro fattori (Miglioramento della la conoscenza dei rischi dell'inattività fisica e della conoscenza dei rischi per la salute legati ai 4 fattori);

c) il desiderio di adottare nuovi comportamenti è aumentato, specialmente in riferimento all'attività fisica (Aumento del desiderio di cambiare comportamento rispetto all'attività fisica, più contenuto l'aumento il desiderio di cambiare comportamento rispetto ai 4 fattori).

2) Fattori ABILITANTI.

Anche la percezione di un incremento di opportunità è relativo in particolar modo a occasioni per attività fisica:

- percezione di un significativo incremento delle opportunità per essere fisicamente attivi;
- percezione di un modesto incremento delle opportunità per cambiare i comportamenti che influiscono sulla salute (quattro fattori).

3) Rispetto ai fattori RINFORZANTI.

Infine si registra una medesima tendenza per i fattori rinforzanti (sfera relazionale): si ha la percezione che le istituzioni agevolino le scelte salutari, con particolare riferimento alle scelte di attività fisica (Molto per Servizi ed istituzioni agevolano le scelte verso l'attività fisica, Abbastanza per Servizi ed istituzioni agevolano le scelte salutari, rispetto ai quattro fattori).

In conclusione è possibile dire che a Traversetolo si hanno esiti certamente positivi per i tre fattori esaminati: le informazioni ci dicono che a livello *individuale, ambientale e relazionale* vi sono stati (o sono stati percepiti) cambiamenti favorevoli per l'adozione di

scelte salutari. Generalmente nei gruppi si osserva un andamento maggiormente positivo per quanto riguarda elementi che agiscono sul fattore su cui interviene l'azione che si porta avanti (attività fisica – gruppi di cammino, scelte alimentari – gruppo di cucina). Un'eccezione è costituita dal Laboratorio Teatrale dove le differenze tra gli aspetti legati alcol-fumo o agli altri fattori di salute sono assenti o attenuate.

Alla luce di tali informazioni è possibile quindi dire che negli ultimi mesi i cambiamenti più importanti dichiarati dai rispondenti provenienti di Traversetolo hanno riguardato i comportamenti (pratica) relativamente ai 4 fattori di intervento. A tale cambiamento ne ha corrisposto uno significativo in termini di conoscenza e di desiderio, con particolare riguardo alle abitudini alimentari e all'attività fisica. In questo quadro la famiglia e gli amici paiono avere un ruolo fondamentale su tutti gli aspetti per orientare scelte e conoscenza/consapevolezza in merito alla salute. In questo senso l'azione di Guadagnare Salute a Traversetolo, quantomeno in questa fase e dalle risposte del campione, pare aver prodotto delle modifiche ambientali di interesse.

In questa ottica è in merito ai fattori PAR si può notare che (tabelle da 5.17 a 5.22):

- **Predisponenti** (sfera individuale): l'indagine mette in evidenza come vi sia percezione che vi sia stato un cambiamento negli ultimi mesi per la conoscenza e per il desiderio, che ha riguardato in maniera particolare aspetti legati ai benefici di alimentazione e attività fisica. I rispondenti inoltre dichiarano di avere un atteggiamento corretto e salutare rispetto a tutti i fattori;
- **Abilitanti** (sfera ambientale): è opinione diffusa che in questi ultimi mesi il contesto sta offrendo opportunità soprattutto per alimentazione e attività fisica (e d'altronde è ciò che è accaduto con le azioni realizzate sin qua);
- **Rinforzanti** (relazioni): vi è un marcato influsso della famiglia e degli amici su conoscenze e comportamenti riguardanti la salute, ed è percepito come "abbastanza" significativo anche il ruolo delle istituzioni locali. Ciò può indicare che il lavoro svolto informativo e di sensibilizzazione proprio dalle istituzioni ha una forte risonanza nei contesti familiari che hanno un forte peso nell'educazione e nelle scelte di ciascuno.

Tab. 5.17 Traversetolo - negli ultimi 6 mesi è cambiata la...

Conoscenza in merito a...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	22,8	20,8	9,9	18,8	13,9	13,9
<i>Fumo</i>	24,8	18,8	9,9	20,8	13,9	11,9
<i>Abitudini Alimentari</i>	15,8	13,9	11,9	27,7	21,8	8,9
<i>Attività Fisica</i>	13,9	17,8	5,9	21,8	27,7	12,9

Tab. 5.18 Traversetolo - negli ultimi 6 mesi è cambiato il...

Desiderio di avere comportamenti salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	21,8	10,9	5,9	19,8	11,9	29,7
<i>Fumo</i>	23,8	9,9	5,9	20,8	12,9	26,7
<i>Abitudini Alimentari</i>	6,9	4,0	9,9	39,6	23,8	15,8
<i>Attività Fisica</i>	7,9	5,0	5,9	28,7	31,7	20,8

Tab. 5.19 Traversetolo - negli ultimi 6 mesi metti di più in...

Pratica comportamenti salutari in merito a...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	7,9	3,0	8,9	24,8	28,7	26,7
<i>Fumo</i>	9,9	4,0	5,0	15,8	39,6	25,7
<i>Abitudini Alimentari</i>	1,0	6,9	20,8	35,6	20,8	14,9
<i>Attività Fisica</i>	5,0	13,9	13,9	29,7	27,7	9,9

Tab. 5.20 Traversetolo - negli ultimi 6 mesi vi sono maggiori...

Opportunità di scelte salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	23,8	20,8	10,9	11,9	5,9	26,7
<i>Fumo</i>	26,7	17,8	11,9	9,9	5,9	27,7
<i>Abitudini Alimentari</i>	22,8	10,9	11,9	27,7	9,9	16,8
<i>Attività Fisica</i>	6,9	6,9	11,9	30,7	23,8	19,8

Tab. 5.21 Traversetolo - negli ultimi 6 mesi

Famiglia-Amici spingono a scelte salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	10,9	6,9	15,8	21,8	23,8	20,8
<i>Fumo</i>	8,9	6,9	11,9	21,8	30,7	19,8
<i>Abitudini Alimentari</i>	7,9	6,9	12,9	33,7	22,8	15,8
<i>Attività Fisica</i>	5,9	8,9	7,9	23,8	37,6	15,8

Tab. 5.22 Traversetolo - negli ultimi 6 mesi

Istituzioni spingono a scelte salutari su...	Molto Poco	Poco	Così e così	Abbastanza	Molto	NR
<i>Alcol</i>	14,9	19,8	10,9	23,8	10,9	19,8
<i>Fumo</i>	12,9	20,8	13,9	20,8	11,9	19,8
<i>Abitudini Alimentari</i>	7,9	17,8	17,8	27,7	13,9	14,9
<i>Attività Fisica</i>	5,9	12,9	13,9	29,7	23,8	13,9

5.3 Empowerment

Lo sviluppo della comunità è visto come uno degli approcci più promettenti ed efficaci per ridurre le disuguaglianze relative alla salute (Labonte 1990), in quanto è una strategia chiave per mobilitare i cittadini, le organizzazioni e le comunità per agire sulla salute e stimolare le condizioni per il cambiamento. Si tratta di un approccio volto ad agevolare gruppi di comunità e agli individui di "emanciparsi" ed acquisire controllo sulle proprie situazioni. In questo quadro l'*empowerment* è identificato come una teoria chiave della psicologia di comunità (Rappaport 1987), e un concetto chiave per le comunità per porre rimedio alle disuguaglianze, anche nell'ambito della salute.

L'empowerment, nel suo senso più generale, si riferisce alla capacità delle persone di raggiungere comprensione e controllo sulle forze personali, sociali, economiche e politiche, al fine di intervenire per migliorare la loro vita (Israel et al., 1994). È il processo attraverso il quale gli individui e le comunità vengono messi in grado di prendere il potere e ad agire efficacemente ad ottenere maggiore controllo ed efficacia nel cambiare le loro vite e il loro ambiente.

Con il termine "empowerment" si fa riferimento ad un processo di crescita, sia dell'individuo sia del gruppo, basato sull'incremento della stima di sé, dell'autoefficacia e dell'autodeterminazione per far emergere risorse latenti e portare l'individuo ad appropriarsi consapevolmente del suo potenziale.

A livello di comunità, l'empowerment fa riferimento all'azione collettiva finalizzata a migliorare la qualità di vita e alle connessioni tra le organizzazioni e le agenzie presenti nella comunità. Attraverso l'empowerment di comunità si realizza la "comunità competente", in cui i cittadini hanno "le competenze, la motivazione e le risorse per intraprendere attività volte al miglioramento della vita". Le strategie di empowerment di comunità sono volte a favorire il processo di crescita di potere nei cittadini tramite la partecipazione di questi ad esperienze significative. In tal senso, pertanto, questi cittadini costituiranno una risorsa per le altre persone.

L'essenza del concetto di empowerment è l'idea di potere (*power*). Secondo vari autori (Lukes 1974, Czuba 1999) il potere può verificarsi a diversi livelli e questo chiarisce la sua relazione con organizzazione della comunità.

A livello degli individui *singoli*, il potere si riferisce alla capacità di prendere decisioni, mentre a livello *organizzativo* comporta la leadership condivisa e il processo decisionale comune. L'e. è quindi un *processo* che favorisce il potere (cioè la capacità di attuare, implementare) nelle persone (per l'uso nelle loro vite), nelle loro comunità, e nella loro società, agendo sulle questioni che essi definiscono come importanti (Czuba, 1999). L'empowerment sociale o di comunità, secondo la definizione data dal Cornell University Empowerment Group (1989), è "un processo intenzionale, continuo, centrato sulla comunità locale, che comporta rispetto reciproco, riflessione critica, attività di cura (*caring*) e partecipazione di gruppo, mediante il quale le persone prive di una giusta quota di risorse valide possono raggiungere più facilmente l'accesso a tali risorse e accrescere il loro controllo su di esse." I processi di empowerment portano allo sviluppo di "comunità competenti" (Iscoe, 1984), contribuendo a creare un diffuso senso di coesione sociale, una sensibilizzazione sulle problematiche rilevanti per la comunità e a proporre obiettivi di azione comuni (Zani, 2012).

È possibile misurare l'empowerment? In questa ricerca si percorrono due strade: a) scala di misurazione empowerment di Laverack e Labonte (2008); b) riferimento agli aspetti di competenze, motivazione, risorse.

Esistono in letteratura diverse scale di misura dell'e. di comunità. Una particolarmente chiara ed esaustiva è quella di Laverack e Labonte (2008) che sintetizza le nove principali

dimensioni individuando cinque livelli per ciascuna. Le dimensioni evidenziate da questa scala sono:

- 1) la partecipazione comunitaria (quanto e come i membri della comunità partecipano alle attività);
- 2) la capacità di analisi dei problemi (se e quanto la comunità è in grado di analizzare e identificare i propri problemi);
- 3) leadership locali (se vi sono leader e se essi prendono iniziativa e sono coinvolti nei processi);
- 4) strutture organizzative (presenza di organizzazione nella comunità);
- 5) attivazione delle risorse (quali gruppi di persone mettono a disposizione le loro risorse);
- 6) collaborazioni con altri (grado di collaborazione della comunità con vari gruppi ed effetti generati);
- 7) capacità di chiedersi *perché* (capacità della comunità di discutere sulle proprie questioni);
- 8) gestione dei programmi (gestione degli interventi ad opera di operatori o con il lavoro di membri della comunità);
- 9) relazioni con consulenti esterni (grado di controllo dei programmi esclusivamente da esterni o con il lavoro attivo di membri della comunità).

Besurica



Traversetolo



Besurica e Traversetolo



Tab. 5.23

DOMINIO - Dimensione	1	2	3	4	5
Partecipazione comunitaria (community participation)	Non tutti i membri e gruppi della comunità (es. donne, giovani, uomini) partecipano alle attività e agli incontri che si svolgono nella comunità.	I membri della comunità sono presenti alle riunioni/incontri, ma non sono coinvolti nelle discussioni e non offrono il loro contributo.	I membri della comunità partecipano alle discussioni ma non alla presa di decisioni circa la pianificazione e realizzazione. Si limitano a volontariato e donazioni.	I membri della comunità partecipano alle decisioni circa la progettazione e la realizzazione. Esiste un sistema per condividere le informazioni tra i membri.	La partecipazione al decision-making viene mantenuta. I membri della comunità partecipano ad attività esterne alla comunità.
Capacità di analisi dei problemi (problem assessment capacities)	La comunità non ha effettuato un'analisi dei problemi.	La comunità manca di capacità e consapevolezza per effettuare un'analisi dei problemi.	La comunità possiede le capacità. I problemi e le priorità sono state identificate dalla comunità. Non tutti i settori della comunità sono stati coinvolti.	La comunità ha identificato i problemi, le soluzioni e le azioni. L'analisi dei problemi viene utilizzata per rafforzare la progettazione della comunità.	La comunità continua a identificare con competenza e padronanza i propri problemi, le soluzioni e le azioni.
Leadership locali (local leadership)	Alcune organizzazioni della comunità sono prive di leader.	Per tutte le organizzazioni sono presenti dei leader. Alcune organizzazioni non funzionano secondo la guida di leader.	Le organizzazioni della comunità funzionano seguendo le indicazioni dei leader. Alcune organizzazioni non hanno il supporto di leader esterni alla comunità.	I leader prendono iniziative con il supporto delle loro organizzazioni. I leader chiedono una formazione su specifiche competenze.	I leader prendono piena iniziativa. Le organizzazioni danno pieno supporto. I leader lavorano con gruppi esterni per ottenere risorse.
Strutture organizzative (organisational structures)	La comunità non ha strutture organizzative come i comitati/consigli.	La comunità ha costituito delle organizzazioni, ma queste non sono attive.	C'è più di un'organizzazione attiva. Le organizzazioni hanno meccanismi/modalità	Molte organizzazioni della comunità hanno stabilito legami reciproci all'interno della stessa comunità.	Le organizzazioni sono coinvolte attivamente all'interno e all'esterno della comunità. La

			per permettere ai membri di partecipare in modo significativo.		comunità è attivamente impegnata al suo interno e con le altre organizzazioni.
Attivazione delle risorse (resource mobilisation) (per GS non solo e non tanto 'economiche')	La comunità non ha attivato le risorse.	Solo le persone ricche e influenti attivano le risorse identificate nella comunità. I membri stessi della comunità sono "fornitori" di risorse.	La comunità fornisce sempre più risorse, ma non vengono prese decisioni condivise sulla loro ripartizione. Le risorse attivate producono benefici limitati.	Le risorse attivate vengono usate anche per attività esterne alla comunità. La comunità discute circa la distribuzione, ma le decisioni finali non sono eque.	Vengono attivate considerevoli risorse e tutta la comunità decide circa la loro distribuzione. Le risorse sono distribuite in maniera equa.
Collaborazioni con altri (Links to others)	Nessuna	La comunità ha collaborazioni informali con altre organizzazioni e persone, ma senza uno scopo ben definito.	La comunità ha concordato le collaborazioni, ma non è coinvolta nelle azioni e nel loro sviluppo.	Collaborazioni interdipendenti, definite e orientate allo sviluppo della comunità, basate sul rispetto reciproco.	Le collaborazioni generano risorse, fondi e reclutano nuovi membri. Le decisioni producono miglioramenti per la comunità.
Capacità di 'chiedersi perché' (ability to "ask why")	Non si tengono discussioni di gruppo per domandarsi il 'perché' circa le questioni della comunità.	Si tengono discussioni in piccoli gruppi sul 'perché' rispetto a questioni che riguardano la comunità e per mettere in dubbio la conoscenza acquisita.	Si effettuano incontri di gruppo per "ascoltare" gli argomenti che interessano la comunità. Questi gruppi sono in grado di riflettere sui presupposti alla base delle proprie idee e azioni. Sono in grado di mettere in discussione la conoscenza acquisita.	Esiste un dialogo tra i gruppi della comunità per identificare soluzioni e per condurre autovalutazioni e analisi. Alcune soluzioni vengono sperimentate concretamente.	I gruppi della comunità hanno la capacità di autovalutarsi e di migliorare i propri sforzi nel tempo. Questo porta a un cambiamento collettivo.
Gestione dei programmi (programme management)	Da parte degli operatori.	Da parte degli operatori, ma confrontandosi con la comunità.	Da parte della comunità con la supervisione di operatori. I meccanismi di decision-making sono concordati. I ruoli e le responsabilità sono definiti in modo chiaro. La comunità non ha ricevuto una formazione sulle competenze specifiche di gestione dei programmi.	Da parte della comunità rispetto alla progettazione, attuazione e valutazione con un'assistenza limitata da parte degli operatori. Sviluppo del senso di appartenenza alla comunità.	Autogestione della comunità, indipendente degli operatori. La gestione è responsabile.
Relazioni con consulenti esterni (relationship with outside agent)	Consulenti esterni controllano l'attuazione, i fondi, le risorse e la valutazione del programma.	Consulenti esterni svolgono un ruolo di controllo, ma confrontandosi con la comunità. Questa non partecipa al decisionmaking. Il consulente agisce a favore dell'ente al fine di produrre risultati.	Consulenti e comunità prendono decisioni condivise. Il ruolo del consulente è concordato reciprocamente.	La comunità prende le decisioni con il sostegno dei consulenti. Il consulente facilita il cambiamento attraverso la formazione e il sostegno.	I consulenti facilitano il cambiamento su richiesta della comunità che prende le decisioni. Il consulente agisce a favore della comunità con lo scopo di costruire competenze

1) *La partecipazione comunitaria* è stata come di buon livello in entrambe i contesti.

Dopo alcune difficoltà iniziali (Besurica mancanza di associazioni e di un luogo differente dalla parrocchia, Traversetolo difficoltà nel coinvolgere tessuto associativo e presenza di politici) la situazione si è stabilizzata ed è possibile dire che "i membri della comunità partecipano alle decisioni circa la progettazione e la realizzazione ed esiste un sistema per condividere le informazioni tra i membri". Si riscontra però che alla Besurica questa attività è effettuata soprattutto da adulti e da fasce di età più elevate, mentre è debole la presenza di giovani.

- 2) *Capacità di analisi dei problemi.* Questa caratteristica è emersa da subito come presente e spiccata in entrambe le realtà in cui si applica il progetto. “La comunità ha identificato i problemi, le soluzioni e le azioni. L’analisi dei problemi viene utilizzata per rafforzare la progettazione della comunità”. Ai Laboratori di Comunità e nella progettazione delle azioni sono emersi spunti interessanti e originali che hanno rivelato capacità di lettura del contesto. Tale attività si è rivelata per il momento più concreta e solida alla Besurica, dove tutti i gruppi di lavoro hanno compiuto riflessioni, rispetto a Traversetolo, dove almeno in un gruppo (alcol fumo) vi sono stati problemi e motivazione altalenante.
- 3) *Leadership locali.* I due contesti paiono aver coinvolto e animato alcuni leader, ad un medio livello. Nonostante Besurica non abbia strutture organizzative pregresse (si veda il punto 4 subito successivo a questo), e nonostante alcuni problemi tra le associazioni a Traversetolo, l’attività dei leader è al momento presente in entrambe le realtà.
- 4) *Strutture organizzative.* Su questa dimensione si nota una differenza di partenza tra le due realtà. a) La Besurica si è rivelata da subito priva o carente di strutture organizzative (comitati, consigli) e di fatto continua ad esserlo, ma con il progetto si è riusciti a comunque a creare strutture ed individuare alcuni leader (si veda punto 3 sopra); b) Traversetolo si rivela un contesto vivo e ricco di associazioni, con leader, alcuni anche appartenenti alla politica. Soltanto alcuni però sono stati coinvolti nel progetto e anche le associazioni sono rimaste molto all’esterno. Guadagnare Salute ha comunque sin qua saputo supplire a tali prudenze dei cittadini, costituendo gruppi e facendo emergere alcune personalità che sanno guidare il lavoro.
- 5) *Attivazione delle risorse.* In nessun caso per il momento sono state messe a disposizione risorse economiche. È vero però che entrambi i contesti hanno fornito risorse umane e materiali (es. Parrocchia Besurica) che mettono in condizione di portare avanti il progetto, che però al tempo stesso rischiano di essere una minaccia per la sua stabilità e la sua prosecuzione.
- 6) *Collaborazioni con altri.* Le due comunità hanno attivato collaborazioni informali con altre organizzazioni e persone, in alcuni casi fruttuose, e comunque “interdipendenti, definite e orientate allo sviluppo della comunità” (es. Besurica: dialogo con Parrocchia e associazioni per gestione eventi, dialogo e collaborazione con scuole; Traversetolo dialogo con scuole, ma più difficoltoso quello con le associazioni e con le istituzioni).
- 7) *Capacità di chiedersi perché.* Certamente i vari gruppi presenti nel progetto hanno attivato un dialogo tra loro e con i gruppi della comunità per identificare soluzioni e per condurre auto-valutazioni e analisi. Alcune soluzioni vengono sperimentate concretamente già con le azioni avviate. Non è ancora avvenuto il “cambiamento collettivo” che potrebbe esserci con lo sviluppo del progetto nei prossimi mesi.
- 8) *Gestione dei programmi.* Gli operatori stanno lavorando per ‘staccarsi’ dal progetto e rendere autonomi i cittadini nella gestione e realizzazione delle azioni. Questo aspetto è al momento in una fase più sviluppata Traversetolo, mentre è ancora da sviluppare bene a Besurica. In entrambe i casi la comunità sta comunque

gradualmente appropriandosi della gestione del progetto, in particolare di alcune azioni.

- 9) *Relazioni con consulenti esterni*. In una prima fase i consulenti (in particolare personale delle due AuSL) hanno controllato le azioni (progettazione, attuazione, fondi, ecc.), ma progressivamente stiamo assistendo ad un empowerment anche in questo senso, con il crescere di autonomia e spirito di iniziativa dei cittadini coinvolti.

Tale fenomeno è ad un grado più avanzato alla Besurica rispetto a Traversetolo.

Complessivamente, sulla base di tali ragionamenti e considerazioni, il grado di empowerment relativo alla comunità della Besurica (sulla scala Laverack, Lebonate) è di **3,0/5**, mentre il livello di Traversetolo è di **3,2/5**.

Come detto poco sopra la presente valutazione si sforza di misurare quanto le due comunità interessate dal progetto (Quartiere Besurica e Traversetolo) abbiano migliorato e accresciuto il loro empowerment con una focalizzazione su *competenze, motivazione e risorse* dei cittadini per migliorare la propria vita rispetto alla salute. Per questa operazione si fa riferimento a elementi e informazioni costruiti e raccolti con la ricerca e presenti nel report.

Nel dettaglio:

- per il grado delle *Competenze* si considerano: a) la percezione dei cittadini attraverso il questionario PAR (par. 5.2); b) la percezione dei cittadini rilevata attraverso il questionario di valutazione (par. 5.1);
- per il livello della *Motivazione* si fa riferimento a: a) questionari valutativi somministrati negli intergruppi ai cittadini impegnati (par. 4.2.3); b) la percezione dei cittadini attraverso questionario (domanda su "desiderio" di cambiamento);
- per le *Risorse* sono tenute in considerazione: a) gli interventi effettivamente messi in atto dal progetto (azioni) (pagg. 8-13 report); b) la percezione degli intervistati attraverso il questionario PAR.

La parte di ricerca sui fattori PAR ha mostrato buoni esiti, e buoni effetti sui **comportamenti**.

Predisponenti (sfera individuale): l'indagine mette in evidenza come vi sia percezione che vi sia stato un cambiamento negli ultimi mesi per la conoscenza e per il desiderio, ma che ha riguardato in maniera particolare aspetti legati ai benefici di alimentazione e attività fisica; **Abilitanti** (sfera ambientale): è opinione diffusa che in questi ultimi mesi il contesto sta offrendo opportunità soprattutto per alimentazione e attività fisica (e d'altronde è ciò che è accaduto con le azioni realizzate sin qua); **Rinforzanti** (relazioni): vi è un marcato influsso della famiglia su conoscenze e comportamenti riguardanti la salute, ma è percepito come significativo anche il ruolo delle istituzioni locali. Ciò può indicare che il lavoro svolto informativo e di sensibilizzazione proprio dalle istituzioni ha una forte risonanza nei contesti familiari che hanno un forte peso nell'educazione e nelle scelte di ciascuno.

Gli esiti dei questionari somministrati nella valutazione dimostrano che il progetto ha lavorato su cittadini prevalentemente già informati e attenti, che si sono impegnati e fatti promotori, agendo quindi come leva per la advocacy. Guadagnare salute ha però anche il merito di aver rafforzato e migliorato conoscenze e comportamenti delle persone coinvolte, rendendo strutturali gli atteggiamenti, e consentendo proprio ai partecipanti di mettersi in gioco per diffondere le loro convinzioni ad altri concittadini.

Il grado di **motivazione** dei cittadini diverge in parte a seconda che a dare un'opinione siano i cittadini stessi o gli operatori. Questo è stato spiegato con il vissuto 'affaticato' e con il riferimento ad un campione più ampio di partecipanti al progetto da parte degli operatori AUSL. Serve puntualizzare che in realtà su Traversetolo le valutazioni di questo aspetto sono entrambe focalizzate su valori positivi (figg. 4.12 e 4.15)

ma i cittadini non mostrano incertezze, mentre i tecnici AUSL lasciano trasparire alcuni dubbi. Il punto di vista degli operatori aiuta a posare l'attenzione su fattori critici come l'affiatamento tra i componenti e la motivazione complessiva di tutti, mentre la prospettiva dei cittadini pone in primo piano la motivazione e le aspettative di chi è stato più strettamente coinvolto nel progetto.

Complessivamente anche queste informazioni mostrano il livello assai buono di maturazione dei cittadini coinvolti e in parte anche delle comunità. Il progetto lavora con una discreta efficacia sulla motivazione delle persone a intraprendere o confermare comportamenti salutari e le mette in condizione di agire anche a favore dei concittadini. In questo senso in effetti il progetto agisce con funzione di empowerment, stimolando i partecipanti a intraprendere percorsi e a agire per la propria salute. Guadagnare Salute deve ancora dimostrare efficacia sul resto della comunità, ma questa parte di effetti servirà misurarla successivamente.

5.4 Autonomia

Un tema importante per valutare i cambiamenti prodotti dal progetto è quello della crescita di *autonomia* degli stakeholder coinvolti. L'autonomia viene letta come capacità progettuale, di iniziativa, organizzativa, e viene valutata sia negli operatori che nei cittadini.

Nei primi si considera il loro impegno, la loro capacità propositiva e la loro determinazione a proseguire il progetto. Nei secondi si tiene conto dell'opinione degli operatori, ma anche della autovalutazione oltre che dei flussi di presenze agli incontri.

5.4.1 Autonomia dei cittadini

L'autonomia dei cittadini può essere misurata facendo riferimento ad alcuni aspetti/dimensioni sin qua considerati: a) capacità di **proporre strategie** e interventi per **coinvolgere** la popolazione; b) capacità di proporre e **ideare azioni** e attività; c) **capacità organizzativa**; d) determinazione a **proseguire** l'intervento anche **dopo il termine del progetto** e la chiusura del lavoro dell'Azienda Sanitaria.

Si è visto come i cittadini come siano descritti dagli operatori come motivati e determinati, ma non completamente (par. 4.2.3); e tale giudizio è stato confrontato con quello dei cittadini su loro stessi ("molto motivati") e la parziale divergenza è stata spiegata con vissuti differenti e riferimento a gruppi di persone non sempre coincidenti. Proprio le informazioni sui partecipanti di Traversetolo (rilevate nell'intergruppo di novembre 2015) sulla possibilità del progetto di proseguire anche dopo il termine del lavoro di AUSL, ci indicano che una parte di essi ha deciso organizzarsi in un soggetto collettivo (associazione comitato o altro) che porti avanti il tema della salute sul territorio.

Relativamente ai primi tre aspetti (a, b, c), strettamente collegati alle attività preparatorie e di promozione e a quelle di progettazione in gruppi, le persone impegnate hanno dimostrato una iniziale difficoltà e carenza, per poi crescere e maturare, senza peraltro

arrivare a staccarsi (e rendersi autonomi, appunto) dagli operatori. In alcuni casi si è visto come la difficoltà di individuare obiettivi operativi e di dare un risvolto pratico al lavoro di gruppo (es. gruppo alcol fumo Traversetolo). È possibile dire che questa dimensione dell'autonomia è cresciuta in gran parte dei soggetti impegnati, ma non in tutti, e che essa necessiterebbe una strategia apposita del progetto sin dall'inizio.

Tale strategia potrebbe essere funzionale anche al punto **d** del precedente elenco.

La continuazione in gruppo di una parte di cittadini successivamente all'uscita di scena di AUSL è una delle sfide non espressamente dichiarate del progetto, essendo un elemento che apparentemente garantirebbe la prosecuzione delle attività.

Sui due territori, nelle settimane finali di lavoro, questo sta realizzandosi in modi differenti.

- a) A Piacenza – quartiere Besurica i componenti del gruppo non hanno trovato un accordo e non si sono dichiarati disponibili in questa opzione. Vi sono però alcune azioni che indipendentemente proseguiranno (gruppi di cammino, alimentazione) e i cittadini stanno studiando forme di organizzazione;
- b) A Traversetolo, non senza sorprese, alcuni cittadini stanno raccogliendo informazioni per costituirsi in gruppo (ancora da definire la forma) e/o per fare da raccordo tra le varie associazioni presenti sul territorio. Questo è un segnale forte di autonomia, che peraltro il gruppo non aveva mai offerto sin qua, ma che si è manifestato nel momento opportuno. Oltre a ciò vi è l'intenzione come alla Besurica, di portare avanti alcune azioni (gruppi di cammino, gruppo di cucina).

Le informazioni indicano che il livello di autonomia dei partecipanti sia andato crescendo lentamente nel corso dell'intervento, ma che però è arrivato ad una forma finalmente sufficiente nella fase finale. Pare opportuno riflettere nel futuro come mettere i partecipanti al progetto in grado da subito di lavorare sull'autonomia progettuale e organizzativa (I fase) in modo da affrontare presto anche quella futura (fase "post AUSL").

5.3.2 Autonomia degli operatori

Gli operatori sono di fatto divisi in due gruppi: quello di Piacenza che è giunto alla seconda esperienza di questo genere e che ha beneficiato di uno stretto contatto con il "centro decisionale" del progetto, e quello di Parma che ha sofferto al contrario di una distanza (fisica e logistica) dalla struttura decisionale e che per vari problemi si è affezionato in misura inferiore al formatore e all'idea progettuale.

Nonostante questo l'autonomia dei due gruppi è cresciuta, seppure in misura e modalità differenti. E le due AUSL si trovano di fatto adesso con un nucleo di persone con competenze nuove e utili per la prevenzione e la promozione della salute.

I piacentini hanno sviluppato capacità organizzative e progettuali proprie (come si illustra anche sotto), hanno consolidato comportamenti e atteggiamenti organizzativi e di lavoro che avevano in parte maturato in precedenza (Podenzano) dimostrando quindi di avere assorbito e rielaborato le competenze di gestione e organizzazione e pianificazione di progetti di questo tipo.

A Piacenza in particolare si segnalano come positivi indicatori/spie di *autonomia*:

- gestione (pianificazione, organizzazione, conduzione) dei gruppi di lavoro,
- n. di incontri realizzati in plenaria,
- capacità di programmazione degli incontri (plenaria e gruppi),
- capacità di gestione degli incontri (plenaria e gruppi),
- proposta progettuale futura alternativa al modello attuale.

Il gruppo di Piacenza ha infatti gestito e condotto i gruppi di progettazione delle azioni nel 2015 e al contempo ha portato avanti 9 incontri in plenaria (da novembre 2014 a novembre 2015, si veda par. 4.2.3). Il gruppo ha mostrato capacità elevate di gestione e pianificazione dei vari tipi di incontri, organizzando il lavoro e gestendo gli incontri, sviluppando confermando anche capacità di logistica anche in condizioni di difficoltà o in situazioni non totalmente previste (es. alcuni casi di acquisto di beni per la realizzazione delle attività).

Le capacità degli operatori e quindi la loro autonomia professionale è rivelata anche dai giudizi dei cittadini coinvolti nel progetto e nelle azioni che (capitolo 2) hanno valutato molto positivamente il lavoro del personale AUSL in termini di gestione del gruppo, organizzazione dei compiti e affiatamento tra essi.

Il gruppo ha inoltre sviluppato una capacità riflessiva sul progetto, arrivando in maniera autonoma a leggere l'esperienza svolta e a proporre un nuovo modello per eventuali riprogrammazioni future. Alcuni operatori hanno quindi elaborato uno schema che (tab. 5.24) prevede una struttura simile, ma che proponendo di non realizzare il Gruppo promotore di fatto coinvolge e responsabilizza i cittadini da subito (dal Laboratorio di Comunità). La tabella sotto riportata, elaborata dal formatore su sollecitazione del gruppo di lavoro, è quindi segno di una crescita di autonomia degli operatori.

Tab. 5.24 **tappe**

0		Coinvolgimento delle figure sanitarie che sono già attive sul territorio (MMG, PLD, Case Salute , infermieri , ass sanitarietc)	
1	Avvio	Identificazione degli stakeholder da coinvolgere Incontri interviste individuali Riunione collettiva di tutti gli intervistati	Interviste individuali Riunione plenaria
2	Lavoro con gli stakeholders coinvolti	Con tutti i soggetti coinvolti nelle interviste si realizza un percorso che li responsabilizzi a <ol style="list-style-type: none"> 1. coinvolgere altre persone da invitare al laboratorio 2. attuare azioni propedeutiche al lab 3. assumere un ruolo attivo dopo il laboratorio nei gruppi di progetto 	2/3 riunioni (?)
3	Laboratorio	Viene condotto in modo da: valorizzare il lavoro fatto dagli stakeholders decidere rispetto alle azioni da fare successivamente permettere l'aggregazione delle persone su un'azione identificare un referente per il gruppo che si forma	inizia con la condivisione dell'analisi fatta dagli stakeholders, prosegue poi per <ul style="list-style-type: none"> - identificare e scegliere le azioni da realizzare - definire gli obiettivi delle azioni - costituire i gruppi di progetto - fare la prima riunione dei gruppi di progetto - ciascun gruppo identifica un referente che curi gli aspetti di segreteria organizzativa del gruppo

4	Progettazione /organizzazione e delle azioni	Ciascun gruppo si organizza per la realizzazione della propria azione	Gli operatori asl forniscono un supporto essenziale nei momenti critici, ma non accompagnano il gruppo in tutti i passaggi
5	Realizzazione delle azioni	Ciascun gruppo realizza la propria azione	

Il gruppo di Parma ha svolto funzioni e compiti analoghi ai colleghi piacentini e pertanto si considerano positivamente come indicatori/spie di autonomia e crescita di competenze:

- gestione (pianificazione, organizzazione, conduzione) dei gruppi di lavoro,
- capacità di programmazione degli incontri (gruppi),
- capacità di gestione degli incontri (gruppi),
- capacità di organizzazione e prosecuzione del lavoro anche in situazione di difficoltà (come descritto nel capitolo 2).

Anche nel caso degli operatori di Parma le capacità e quindi la loro autonomia professionale è rivelata anche dai giudizi dei cittadini coinvolti nel progetto e nelle azioni che (capitolo 2) hanno valutato molto positivamente il lavoro del personale AUSL in termini di gestione del gruppo, organizzazione dei compiti e affiatamento tra essi.

5.5 Conclusioni: cambiamenti, empowerment e advocacy

L'indagine sui cambiamenti prodotti fin qui dall'azione progettuale offre spunti che rivelano probabilmente più le potenzialità future del progetto, che non gli esiti avuti finora. Si è visto infatti che i cittadini offrono risposte prevalentemente positive in merito ai cambiamenti stimolati in loro dal progetto. Andando a esplorare le risposte aperte attraverso le quali offrono motivazioni, si evince però che Guadagnare Salute ha agito soprattutto come consolidamento di abitudini e di conoscenze, rafforzando i partecipanti e mettendoli nella condizione di promuovere i temi sul territorio.

In conclusione confrontando le informazioni sui fattori PAR (par. 5.2) e la riflessione sull'empowerment (par. 5.3) con la rilevazione sui cambiamenti (paragrafo 5.1) si rafforzano alcune riflessioni sul progetto. Esso:

- ha certamente prodotto cambiamenti contestuali precisi e individuabili, sollecitando la partecipazione generale di centinaia di persone e la partecipazione attiva di alcune decine di cittadini. Questo ha portato la comunità ad organizzarsi sia internamente, sia riferendosi ad altri soggetti/strutture presenti sul territorio;
- ha sollecitato nei partecipanti interesse per i temi che propone e, rafforzando loro conoscenze e comportamenti, li ha convinti a impegnarsi in prima persona, facendosi promotori verso i loro pari (agisce quindi anche sull'*advocacy*);
- riferendoci al contesto più ampio in cui è attivo, pare agire (proprio come aumento o consolidamento di conoscenze e comportamenti) prevalentemente su comportamenti e conoscenze relative all'attività fisica e all'alimentazione, meno su alcol e fumo i cui effetti sono probabilmente già noti. Questi sono infatti i campi citati maggiormente come influenzati dall'intervento progettuale e sui quali

pare anche che possano esserci concrete possibilità di prosecuzione delle azioni nel futuro immediato;

- per la struttura che ha e ha avuto sin qua, Guadagnare Salute agisce certamente in favore dell'autonomia delle persone coinvolte, ma in modo e misura diversi: gli operatori AUSL, nelle difficoltà, sviluppano presto capacità di indipendenza nel lavoro sulle persone e sul progetto; i cittadini arrivano più tardi a questa conquista e in maniera disomogenea, mettendo a rischio gli esiti ex post del progetto stesso. Ad ogni modo vi sono prospettive incoraggianti per un pieno sviluppo dell'autonomia dei partecipanti più attivi, nelle fasi future.

6. Potenzialità di Guadagnare Salute

Premessa

Il sesto e ultimo capitolo del report di valutazione affronta la questione dei possibili sviluppi del progetto nei mesi a venire e delle sue potenzialità sui territori dove è stato realizzato. Si ragiona sia sulle *opinioni* dei differenti stakeholder coinvolti, sia su quella che è la situazione effettiva dei due progetti.

Il primo paragrafo individua le potenzialità del progetto secondo le opinioni dei cittadini coinvolti rilevate a metà percorso (dopo l'avvio delle azioni) e al termine (in conclusione delle azioni) e ragiona sulle variazioni. Il capitolo adotta poi il punto di vista degli operatori, riprendendo la loro opinione sulle possibilità di realizzazione degli obiettivi. Nell'ultimo paragrafo il capitolo ragiona sugli sviluppi dei due progetti considerando sia le azioni effettivamente ancora attive e sia le possibili forme organizzative da parte dei cittadini sui due territori.

6.1 Il progetto può...

La fiducia nel progetto emergeva anche dall'opinione sulle potenzialità di Guadagnare Salute: in procinto di avviare le azioni si registravano risposte in area quasi esclusivamente positiva per i tre aspetti indagati (possibilità di effetti concreti, di effetti positivi, di produrre qualcosa di nuovo) con una significativa presenza di "molto" alla Besurica (in alcuni dei grafici che seguono non sono rappresentate le "non risposte").

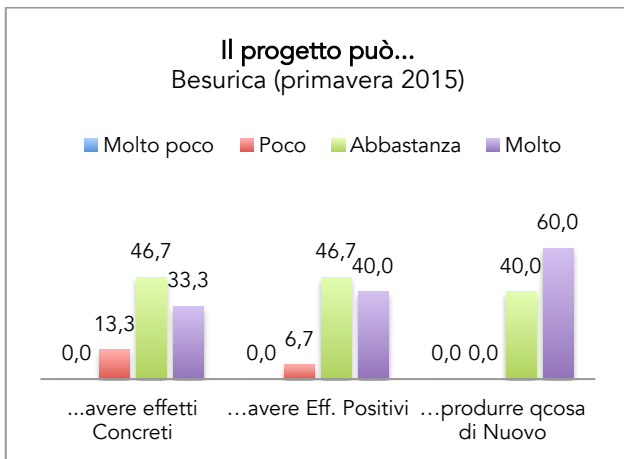


fig. 6.1

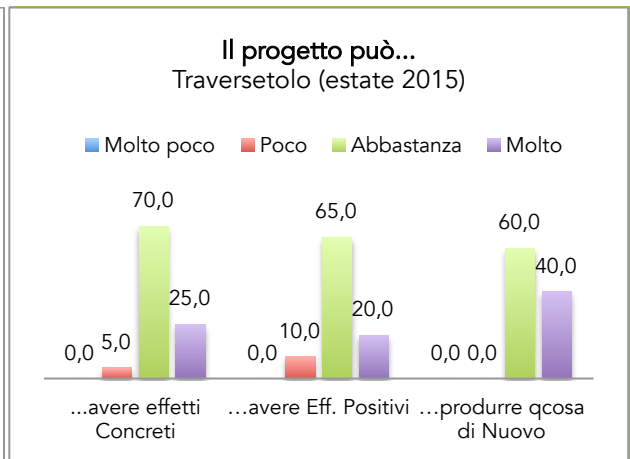


fig. 6.2

Una inversione di tendenza, nella fiducia dei cittadini verso le possibilità del progetto, si è avvertita nella fase finale (autunno 2015) (figg. 6.3). I cittadini del quartiere Besurica restano su opinioni *positive* ma con una significativa diminuzione dei "molto" a favore degli "abbastanza" per tutti e tre gli aspetti indagati: "il progetto può avere effetti concreti" (positive 58,3%, con presenza anche di opinioni negative (33,3%); "il progetto può avere effetti positivi" (risp. positive 75%); "il progetto può produrre qualcosa di nuovo" (risp. positive 91,7 e nessuna risp. negativa).

L'opinione dei cittadini di Traversetolo nella seconda somministrazione (fig. 6.4) conferma invece il medesimo trend registrato in precedenza. Esso resta su valori quasi esclusivamente positivi con una significativa prevalenza degli *abbastanza*, indicando come i partecipanti ritengano che Guadagnare Salute possa avere effetti futuri sul territorio del comune portando effetti *concreti*, *positivi* e producendo *qualcosa di nuovo*.

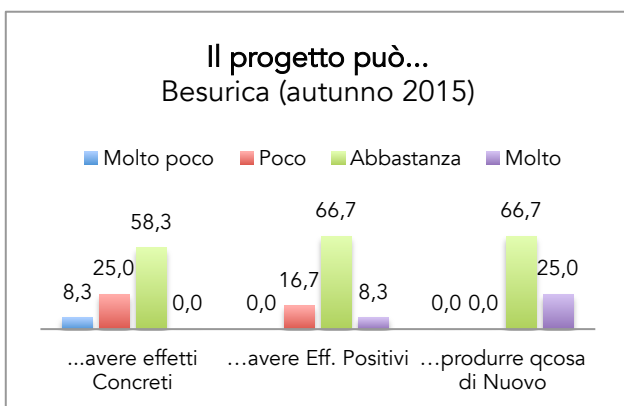


fig. 6.3 (le non risposte non sono rappresentate in figura)

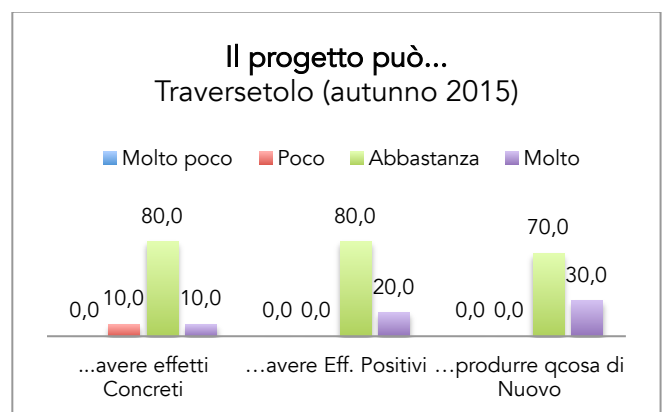


fig. 6.4

Complessivamente è possibile affermare che i cittadini coinvolti e rispondenti al questionario, continuano a pensare che Guadagnare Salute sia un'opportunità per i contesti su cui è stato realizzato, ma in maniera più contenuta alla Besurica rispetto all'inizio. È però significativo che le opinioni contrarie siano ridotte o assenti, il che indica che nonostante le difficoltà incontrate anche i cittadini, che direttamente e attivamente hanno partecipato alle azioni e quindi conoscono bene il progetto, sono convinti della sua bontà e delle potenzialità nei contesti di realizzazione.

Le informazioni contribuiscono a indicare l'incertezza nella prosecuzione da parte dei cittadini del quartiere di Piacenza di cui si è detto nei capitoli precedenti, descrivendo il calo di entusiasmo del gruppo di persone impegnato nella realizzazione del progetto. Al contempo altre informazioni restituiscono una stabilizzazione del gruppo di Traversetolo, che consolida il proprio convincimento sulla del progetto e sulle possibilità prossime sul territorio.

6.2 Le possibilità di realizzazione degli obiettivi

Come detto nel capitolo 1 (par. 1.4) i **due gruppi di operatori** che hanno lavorato e lavorano su Piacenza e su Parma si caratterizzano per approcci e opinioni in parte differenti e in parte simili in merito agli obiettivi progettuali.

- I piacentini hanno buona **conoscenza** degli obiettivi, mentre i colleghi di Parma ne dichiarano una più incerta e in alcuni casi lacunosa. In questo si può leggere anche una certa distanza (effettiva, ma anche informativa) tra i due gruppi e di Parma dalla struttura centrale e decisionale del progetto situata a Piacenza;
- La **condivisione** verso gli obiettivi è elevata e accomuna i due gruppi. Al termine del percorso la maggior parte degli operatori è in accordo l'impostazione progettuale e ne ha compreso la razionalità;
- L'idea di **realizzabilità** è praticamente identica sulle due realtà: negativa in merito al primo obiettivo (rete), intermedia sui secondo ed il terzo (gruppo promozione e progettazione partecipata), positiva sul quarto (azioni). È significativo che nonostante una sostanziale differenza di esperienze (si veda cap. 2) i due gruppi ritengano come: a) alcune **attività** si siano concluse ma non abbiano avuto gli **esiti** sperati (la rete intersettoriale e interistituzionale non è stata davvero realizzata); b) altre hanno avuto esiti parziali (l'attivazione di un gruppo che promuova è avvenuta, ma probabilmente sino a un certo punto -si veda cap. 3-, così come la partecipazione che vi è stata in maniera significativa dal punto di vista quantitativo, ma con fasi alterne e con una qualità/attività non sempre sperata (si veda cap. 4); c) altre hanno avuto esito positivo (azioni di promozione) con un seguito importante di partecipanti.

Come visto nel paragrafo 1.5 però le opinioni di una parte degli operatori in merito alla **realizzabilità** degli obiettivi paiono confliggere con le informazioni contenute nei report di Rendicontazione per Regione Emilia Romagna. In realtà esse ci aiutano a comprendere meglio dinamiche, meccanismi e punti di forza e di debolezza del progetto. Esse inoltre in qualche fanno luce sull'effettiva condivisione degli obiettivi con il gruppo di lavoro, ancora da curare e da approfondire, e certamente migliorabile.

Inoltre serve precisare che i quattro "obiettivi" esplicitati nel progetto esecutivo e riportati nella rendicontazione, sono più correttamente identificabili come step/fasi del progetto, piuttosto che come veri e propri obiettivi. Il giudizio **qualitativo** degli operatori quindi pare soffermarsi più sulla qualità (percepita) del completamento delle azioni,

piuttosto che sulla quantità (effettiva) del percorso svolto. I due aspetti non sono necessariamente in conflitto o mutualmente esclusivi: gli operatori evidenziano semmai la qualità del percorso svolto, certamente filtrata dal loro vissuto e dalla complessa rete di relazioni.

Si è visto che di fatto le due realtà hanno alcune opportunità per mettere in pratica comportamenti salutari, anche se il processo attraverso cui si è giunti a tale risultato è stato tortuoso, ricco di elementi e fattori esterni e non previsti e non "controllabili" (es. in positivo: presenza di cittadini con contatti privilegiati, presenza di cittadini attivi; in negativo: cittadini poco collaborativi e partecipativi, contesto poco disponibile o favorevole).

6.3 Cosa può restare di Guadagnare Salute: le azioni, i cittadini

Come si è detto a più riprese nel report, il lasciare *qualcosa* è un obiettivo rilevante ma implicito, da parte delle strutture AUSL, non dichiarato e non contenuto nei documenti. Nonostante ciò esso, se conseguito, in qualche modo può costituire un "lascito" tangibile di AUSL delle attività realizzate e portate avanti per diversi mesi sul territorio.

Cosa accade ai due progetti immediatamente dopo la fine del progetto e l'uscita delle due strutture AUSL che li hanno pianificati, supportati con vari mezzi e realizzati nei precedenti 18 mesi precedenti? I feedback da parte dei cittadini, rilevati attraverso due incontri in plenaria sui rispettivi territori, al momento ci restituiscono due situazioni, che in seguito a evoluzioni e percorsi differenti, portano anche a conclusioni diverse:

- a) a Piacenza non vi sarà un gruppo di cittadini che raccoglie l'eredità dell'Azienda Sanitaria esercitandone al suo posto ruolo e funzioni (con forma né associazione né di comitato), ma alcune azioni (Gruppi di Cammino e attività fisica) proseguiranno comunque e avranno organizzatori e partecipanti;
- b) a Traversetolo un gruppo di alcuni cittadini (ca. 7 persone) sta valutando come proseguire il lavoro di AUSL e sta fruendo del consulto di una struttura di Parma che consiglia in quale forma costituirsi (associazione, comitato o altro). Inoltre anche in questo caso alcune azioni proseguiranno, in particolare i gruppi di cammino, ormai strutturati sul territorio, e il laboratorio di cucina, che ha avuto e sta tuttora avendo un buon successo. Il Laboratorio teatrale si è concluso con uno spettacolo a cui hanno assistito 200 cittadini/spettatori e che ha trovato l'interesse del SerT aziendale che vorrebbe replicare l'evento e utilizzare il video realizzato.

I meccanismi che agevolano la prosecuzione al momento sono identificabili in:

- **obiettivi specifici**. Su entrambe i territori si conferma l'efficacia di quelle azioni e delle strategie che hanno saputo dotarsi di obiettivi specifici e di operatività immediati. Ciò fornisce agli attori orizzonti più facilmente identificabili e prospettive chiare e in cui riescono a collocare se stessi e il loro agire;

- **relazionalità**. Funzionano soprattutto situazioni e azioni in cui gli stakeholder coltivano legami e relazioni significativi. La relazionalità pare collegata strettamente alla specificità di obiettivi e quindi all'operatività delle azioni, come se gli attori instaurino rapporti significativi in presenza di cose concrete da fare.

Di contro la carenza o la mancanza degli aspetti sopra richiamati pare non agevolare la prosecuzione delle azioni e non costituire una potenzialità del progetto. In particolare gli elementi che è possibile individuare come fattori che non hanno favorito la continuità delle azioni o del progetto nel complesso sono:

- **obiettivi non ancora ben focalizzati**. Azioni o processi più grossi che ancora non hanno trovato una operatività o una immediata chiarezza di obiettivi fanno fatica ad andare avanti;
- **carenza di relazioni**. Laddove i rapporti tra le persone e la loro cura non sono stati perseguiti pare esserci stata una flessione e una crescita della disaffezione verso l'azione o il progetto. In questo senso può/potrebbe essere utile un intervento rafforzativo o compensativo della formazione o del progetto stesso che però non è stato previsto e pare essere mancato.

Al di là della prosecuzione delle azioni la potenzialità del progetto e la sua continuità passa anche da altre modalità di diffusione. Le tabelle 6.1 e 6.2 sintetizzano quali azioni continueranno e quali altre potenzialità parallele esse hanno realmente.

Le informazioni a disposizione consentono di dire che nonostante circa metà delle azioni non trovino prosecuzione (quantomeno immediata) esse lasciano eredità ed effetti di vario tipo sui territori, che sono di fatto effetti *positivi* ed eredità che gli interventi mettono a disposizione dei contesti e degli stakeholder.

Tab. 6.1 Le azioni nel quartiere **Besurica** e la loro prosecuzione

Progetto	Azione	Prosecuzione immediata?	Altre potenzialità dell'azione...
q.re Besurica (Piacenza)	Sensibilizzazione dei contesti educativi	No	Il modello di intervento è stato apprezzato da vari stakeholder sul territorio che hanno richiesto informazioni per adottarlo altrove
	Laboratorio di Cucina Besuricamina	Sì	
	Dare Ossigeno al Parco	No	L'azione ha coinvolto molti cittadini del quartiere che in futuro vorrebbero ripetere eventi nel Parco come quelli realizzati in precedenza

Tab. 6.2 Le azioni a Traversetolo e la loro prosecuzione

Progetto	Azione	Prosecuzione immediata?	Altre potenzialità dell'azione...
Traversetolo	Metti una sera a teatro - laboratorio teatrale	No	Richiesta del SerT aziendale di replicare lo spettacolo teatrale proponendolo come strumento educativo per le scuole secondarie di secondo grado, attraverso gli audiovisivi
	Aperitivo salute e benessere	Forse	Baristi e clienti si sono dichiarati interessati a realizzare altri eventi come questi nel futuro immediato dato il buon riscontro avuto nell'evento del giugno scorso
	Piacere e salute a tavola - Incontri teorico-pratici di cucina	No	(azione ancora da concludere)
	Traversetolo che cammina	Sì	Il gruppo di cammino continuerà l'attività oltre il termine formale del progetto
	Esploratori in marcia	Sì	Le scuole sono interessate a: a) proseguire le camminate didattiche anche nella prossima primavera; b) promuovere l'intervento strutturandolo anche come momento educativo dei bambini

6.4 Conclusioni

Solo uno dei due progetti realizzati probabilmente lascerà strutture o organizzazioni che ereditano e si fanno carico del ruolo e delle funzioni esercitate dalle AUSL di Piacenza e di Parma. Questo necessariamente non è negativo, né sta a significare il fallimento del progetto, in quanto come si è visto diverse azioni saranno di fatto proseguite e troveranno spazio e applicazione sui territori.

Semmai tali notizie ci aiutano a confermare le opinioni dei cittadini in merito alle potenzialità. Infatti (par. 6.1) si è visto come il giudizio sulla possibilità dei progetti di avere effetti sia positivo (anche se con modalità diverse e in misura inferiore nella fase finale rispetto a quella iniziale).

Le varie informazioni, pur apparentemente in contrasto, paiono più sensatamente significare come secondo i progetti avranno esiti sui territori (in termini di effetti concreti, positivi e nuovi) proprio attraverso le azioni e i meccanismi che esse attivano, a livello di consapevolezza e di comportamenti.

Se il progetto non può essere definito un successo, esso non è valutabile nemmeno come un fallimento in chiave di possibilità e prospettive prossime. La mancata nascita di un'associazione o di un comitato territoriali in questo caso non indica necessariamente un fallimento. Semmai la prosecuzione di alcune attività va nella direzione di stimolare "comportamenti salutarì", sollecitando una parte della popolazione in questo senso, in attesa di comprendere e vedere gli sviluppi (individuali e comunitari) in futuro. Se la percezione di una parte degli operatori è ancora negativa sui risultati raggiunti ("il cambiamento della popolazione è avvenuto solo in parte"), d'altro canto il progetto dimostra di avere le potenzialità per produrre quel cambiamento, per il momento ancora difficilmente misurabile.

In questo senso gli altri effetti 'causati' dalle azioni sui territori e sulle persone (si veda tabb. 6.1 e 6.2) contribuiscono a chiarire il ruolo comunque propulsivo ed espansivo dei temi di salute da parte del progetto e delle azioni.

C. CONCLUSIONI

Conclusioni

Un riepilogo

Il report ha illustrato i vari ordini di obiettivi (cap. 1, cap. 6) previsti da *Guadagnare Salute*: a) progettuali (dichiarati da AUSL nei documenti ufficiali), b) un obiettivo implicito (*prosecuzione del progetto*) non dichiarato, ma cercato, c) obiettivi inerenti le singole azioni (in parte allineati ai 4 ob. progettuali, in parte indipendenti).

L'indagine e le informazioni a disposizione hanno consentito di affermare che gli obiettivi progettuali dichiarati (documenti e rendicontazione) sono in gran parte realizzati, ma non tutti gli stakeholder coinvolti nella valutazione sono concordi. In realtà, se è vero che i vari interventi sono stati portati a termine, l'opinione di operatori e cittadini aiuta a comprendere che il livello qualitativo degli obiettivi è ancora perfettibile e necessita di attenzione.

Ciò non indica il fallimento del progetto, ma semmai getta luce sulla necessità di vari momenti di accompagnamento per una sua piena riuscita.

In questo senso il lavoro degli operatori (capitolo 2) si è rivelato indispensabile ed encomiabile nelle differenti fasi, la loro dedizione al progetto nonostante difficoltà e anche "vuoti" normativi si è dimostrata la chiave determinante per la riuscita. Al contempo ha messo in luce la necessità di non perdere di vista la relazione e l'attenzione per le persone: *Guadagnare Salute* è un progetto di promozione della salute che si fonda e scommette anche e soprattutto sulle persone (si vedano in questo senso il ruolo che hanno gli operatori e l'entusiasmo dei cittadini, come spiegato al cap. 3, par. 3.2), e la sua riuscita dipende anche dal grado di cura che il processo e le strutture progettuali riservano ad esse. Nei casi in cui ciò è avvenuto si è avuta una buona resa, in altri vi è stata più fatica.

Questo vale per gli operatori e per i cittadini, che hanno trovato continuità e hanno intravisto futuro e prosecuzione nella loro azione proprio nei casi in cui la relazione e l'attenzione alla persona sono state adeguatamente considerate.

È d'altronde vero che la partecipazione più attiva è fenomeno che trova realizzazione in gruppi piccoli e in momenti in cui il coinvolgimento della cittadinanza si restringe "ad imbuto". Vi è poi un fenomeno di espansione nel momento in cui si coinvolgono le persone in attività già organizzate e strutturate (cap. 4).

Le informazioni a disposizione consentono valutativamente di dire che il progetto può in effetti stimolare e produrre empowerment e autonomia negli e degli stakeholder coinvolti, ma pare farlo soprattutto per gruppi ristretti di cittadini (cap. 5) o per sottogruppi (es. alcuni degli operatori, par. 5.4.2). È importante quindi mantenere l'attenzione sulle persone, curando le relazioni, soprattutto nei momenti in cui la partecipazione si restringe, e in cui ci si prepara a coinvolgimenti più ampi. Tali cura e attenzione possono consentire la conservazione e il mantenimento delle risorse umane coinvolte. I 'restringimenti' di partecipazione vanno presidiati (con la formazione e con la cura delle relazioni) anche per garantire la prosecuzione delle attività e il conseguimento degli obiettivi. In questo il progetto ha avuto successi, ma è evidente che si possa fare meglio, soprattutto in prospettiva, calibrando l'azione del formatore e delle strutture decisionali. Certamente in questo senso può avere un ruolo anche la delega e il trasferimento di responsabilità ai cittadini in ordine a dar loro autonomia già durante il progetto, fenomeno che è avvenuto per gli operatori, ma che deve essere ancora sviluppato per i cittadini.

Analisi SWOT

Questa sezione riordina le informazioni emerse in precedenza, attraverso la tecnica valutativa di analisi SWOT: tale tecnica consiste nell'individuare ed evidenziare aspetti interni al progetto (punti di forza e di debolezza) ed esterni ad esso ma legati al contesto (opportunità e ostacoli/minacce) (una prima riflessione è stata effettuata nel capitolo 3 in merito ai *funzionamenti*).

Nel **report intermedio** come aspetti interni sono stati individuati:

1) Aspetti interni:

- *Punti di Forza*: a) clima interno e la forza del Gruppo (*dei Gruppi*) (alto livello di cooperazione interna tra i membri che appartengono alle AUSL); b) legame tra tutti sta creando fiducia e passione verso questa esperienza e un'elevata motivazione di tutti.
- *Punti di Debolezza*: a) La tempistica (tempi stretti; impegno eccessivo per gli operatori); b) Difficoltà logistiche (parte del lavoro organizzativo viene svolto principalmente da chi ha l'ufficio nelle due sedi centrali AUSL); c) Partecipazione/coinvolgimento (partecipazione inferiore alle aspettative ai gruppi di lavoro?).

2) Aspetti esterni:

- *Opportunità*: a) le risorse sul territorio (Parma), b) il ruolo e l'immagine della AUSL di Piacenza e di quella di Parma, c) la realtà ancora aperta del q.re Besurica; d)

autorità e ruolo delle due AUSL (e la conseguente fiducia che i cittadini ripongono in questa istituzione).

- **Ostacoli:** a) difficoltà nel coinvolgimento nel progetto di soggetti e gruppi forti su Piacenza Besurica; b) scarsa competenza associativa a Piacenza; c) parrocchia come unico “punto di incontro” nel quartiere Besurica; d) contrasti tra associazioni a Traversetolo.

Tabella 7.1 - Riepilogo Swot INTERMEDIA

Aspetti INTERNI al progetto	Punti di Forza	Punti di Debolezza
	Creazione di gruppi interni: generazione di competenze all'interno delle Aziende (Consolidamento gruppo Piacenza) Alto livello di cooperazione interna ai gruppi Clima relazionale Meccanismi di delega tra personale AUSL Piacenza	Tempistica (tempi 'stretti' del progetto; incidenza sulla vita personale/privata degli operatori) Numero non eccessivamente elevato di persone complessivamente coinvolte (ma: difficile determinare "tanti o pochi") Parrocchia Punto di Incontro (Besurica, PC)
Aspetti ESTERNI al progetto	Opportunità	Ostacoli
	Risorse sul territorio: associazionismo Traversetolo Contesto aperto e flessibile Besurica Contatti con persone e istituzioni sul territorio Credibilità e riconoscimento delle due AUSL sul territorio Gruppi di progetto Piacenza	Tessuto associativo di Parma (conflittuale) Scarsa attitudine associativa/collaborativa Besurica Risorse scarse, ridotte (tagli a livello amministrativo)

Al termine del progetto diversi dei fattori individuati sopra vengono confermati, alcuni escono dal quadro di analisi, altri si collocano in aree diverse rispetto al quadro precedente. Rispetto a quanto riportato sopra (tab. 7.1) vediamo che: a) i punti di forza sono sostanzialmente confermati (ruolo meccanismi tra gli operatori di Piacenza, funzione delle relazioni tra le persone, collaborazione e cooperazione nei gruppi), ma se ne aggiungono altri (tab. 7.2); b) i punti di debolezza vedono alcuni cambiamenti (il problema della tempistica è rimasto, ma il coinvolgimento delle persone e la questione parrocchia si spostano: il primo ha avuto una notevole crescita ed è oggi un punto di forza, il secondo diventa un ostacolo, fattore contestuale); c) le opportunità registrano vari cambiamenti e uscite (i gruppi di progetto a Piacenza hanno lavorato correttamente, ma hanno concluso il loro lavoro; i contatti con le istituzioni sono stati validi soprattutto a Parma, meno a Piacenza); d) gli ostacoli/rischi si distinguono per alcune nuove “entrate” soprattutto legate al contesto piacentino, ma anche per alcune conferme (contesto di Parma) e per le risorse sempre ridotte.

Punti di Forza

Le informazioni costruite e raccolte nel corso del report consentono di individuare come punti di forza fattori di vario genere: alcuni legati alle persone, altri dipendenti strettamente dal progetto e dalle sue capacità, altri ancora legati alla partecipazione. Tra i punti di forza di Guadagnare Salute **legati alle persone** (e anche alle **relazioni** tra esse) abbiamo:

- il senso di appartenenza al progetto e ai gruppi da parte degli operatori (esso è stato costante per tutto il progetto, anzi ha registrato una crescita nelle fasi più complesse, anche verso la conclusione),
- la capacità di reagire ad alcune difficoltà e/o vissuti difficili da parte dei gruppi di operatori (nonostante difficoltà sul territorio e in azienda, i due gruppi hanno mostrato passione per il lavoro – testimoniata anche dai cittadini – e impegno costante),
- la professionalità e la passione degli operatori verso il lavoro e verso il completamento delle fasi del progetto (esse sono sia dichiarate dagli operatori stessi, sia confermate dai cittadini),
- il buon livello di cooperazione interna ai gruppi di lavoro operatori (il buon clima relazionale e l'alchimia presente tra alcuni operatori hanno consentito la corretta realizzazione di quanto programmato e delle attività previste),
- la elevata motivazione di alcuni cittadini coinvolti nelle fasi di progettazione delle azioni (essa riguarda alcuni dei componenti dei gruppi, non tutti, che hanno dimostrato costanza e passione).

Vi sono poi aspetti positivi strettamente **legati al progetto**:

- la chiarezza e la precisa determinazione degli obiettivi progettuali (inclusi nei documenti e condivisi con i gruppi),
- la pianificazione e la corretta realizzazione del lavoro preparatorio e propedeutico di formazione (che ha fornito supporto alle due equipe di AUSL),
- la conoscenza e la condivisione degli obiettivi progettuali da parte degli operatori (tali aspetti sono cresciuti nel corso del tempo e hanno permesso una focalizzazione, da parte della maggior parte del personale, su quanto programmato).

C'è un elemento trasversale tra azienda, progetto e persone:

- delega e autonomia a livello aziendale (Guadagnare Salute ha prodotto importanti meccanismi di delega in azienda – più significativa a Piacenza, ma presente anche a Parma -, tali che gli operatori assumono decisioni e si dividono compiti e funzioni autonomamente, nel rispetto dei ruoli e delle finalità del progetto. Ciò di fatto significa un importante sviluppo di competenze interno alle aziende).

Si evidenziano poi i punti di forza prevalentemente legati agli **effetti immediati** e alle **capacità del progetto**:

- Capacità del progetto di stimolare cambiamenti, soprattutto consolidando comportamenti (le informazioni su atteggiamenti e sui fattori PAR indicano le potenzialità del progetto in questo senso e gli effetti positivi sin qui prodotti),
- Capacità del progetto di stimolare nei partecipanti un lavoro di *promozione* verso altri concittadini (la partecipazione a Guadagnare Salute conferma convinzioni e atteggiamenti salutari e incoraggia i partecipanti a impegnarsi per i cittadini),
- Capacità del progetto di produrre buon livello di empowerment nella comunità.

Vi è poi l'importante aspetto **legato alla partecipazione** riscontrata nell'arco del progetto:

- Ampio coinvolgimento e partecipazione agevolati e creati dal progetto su entrambe le realtà (Besurica e Traversetolo) (di fatto sono stati coinvolte alcune centinaia di persone, la seconda fase ha visto una significativa espansione della partecipazione).

Punti di Debolezza

I punti di debolezza, fattori interni di criticità, sono scomponibili in alcuni tipi: legati al progetto (organizzativi e pianificatori), alla partecipazione, alle relazioni (tra persone), alle aziende AUSL.

Tra i **fattori** inerenti al **progetto** e alla sua **organizzazione** abbiamo:

- Distanza informativa del gruppo di Parma da struttura decisionale (il gruppo ha sofferto in alcuni passaggi di una carenza di informazioni sul progetto e sulla sua struttura)
- Eccessivo ritardo del progetto nel pianificare la fase successiva e nel rendere autonomi i cittadini (il raggiungimento della autonomia dei cittadini e l'auspicio di una loro continuazione, sono fattori importanti, in parte non espressamente dichiarati, ma il progetto lavora ad essi in maniera diretta ancora troppo tardi, mentre potrebbe essere utile preoccuparsene prima).

Per quanto riguarda l'**azienda** si segnala un fattore che in parte è interno ed in parte esterno al progetto:

- Il carico di lavoro eccessivo per gli operatori e la scarsa condivisione a livello aziendale (il progetto così come è strutturato, impegna molto gli operatori dall'inizio alla fine e li obbliga ad una flessibilità non ancora condivisa a livello aziendale AUSL. Questo porta a problemi organizzativi di lavoro sia nel progetto, sia in azienda. È questo un fattore interno ed esterno in quanto in parte dipende dal progetto, ma in parte dalla condivisione e dalla disponibilità registrate a livello aziendale).

Vi sono poi alcuni **fattori di relazione** che hanno inciso come punti di debolezza:

- Scarsa attenzione relazionale (verso il gruppo degli *operatori*) in alcune fasi (gli operatori, in particolare quelli di Parma, lamentano di essere stati poco seguiti e accompagnati dal formatore nelle fasi di difficoltà. Il loro gruppo ha quindi dovuto reagire e organizzarsi autonomamente)
- Scarsa attenzione relazionale (verso cittadini) in alcune fasi di progettazione (essendo Guadagnare Salute basato molto sulle persone e sulla comunità, esso pare necessitare maggiormente di momenti di contatto e monitoraggio relazionale e di *cura* delle persone, che in alcuni casi non è stato svolto. Questo può aver causato lo sfilacciamento dei contatti e la dispersione delle persone in momenti di difficoltà, portando alla non prosecuzione delle azioni).

Come punti di debolezza, da considerare in futuro, legati al **progetto e alle azioni**, e alla **programmazione** è possibile evidenziare:

- Obiettivi con scarsa operatività immediata di alcune *azioni* (alcuni dei temi sui cui hanno lavorato i gruppi di cittadini sono più difficili da tradurre in azioni dotate di obiettivi chiari e specifici e di linearità e immediata comprensione. Es. alcol-fumo).

Questo porta ad una fatica dei partecipanti e ad un più difficile lavoro sul territorio e con i concittadini),

- Scarsa capacità di coinvolgimento nelle fasi di progettazione (partecipazione attiva) (il progetto ha sofferto di scarsa partecipazione quantitativa soprattutto nelle fasi di progettazione concreta che vedono un restringimento del numero di cittadini attivi e coinvolti).

Tra gli aspetti esterni a Guadagnare Salute, riconducibili a elementi contestuali o ad attori, si distinguono, nell'analisi SWOT, le *opportunità* (fattori che favoriscono la riuscita del progetto) e i *rischi* (fattori che sono o sono stati ostacoli).

Opportunità

Tra gli aspetti da considerare come **opportunità** per aver svolto funzioni positive e che occorre quindi tenere in considerazione per il futuro si segnalano:

- il ruolo e l'immagine della AUSL di Piacenza e di quella di Parma (l'autorità e il ruolo delle due AUSL, e la conseguente fiducia che i cittadini ripongono in questa istituzione, è un fattore esterno che comunque dà forza a progetti di questo genere);
- la disponibilità delle istituzioni di Traversetolo (i soggetti appartenenti o legati alle istituzioni sono entrati nel progetto da subito; al di là dei rischi, la loro presenza è comunque una opportunità perché può agevolare le finalità di Guadagnare Salute in futuro data la diffusione del progetto sul territorio anche tra politici).

Rischi

Tra gli aspetti da considerare come **rischi** per essere stati ostacoli e che occorre quindi tenere presenti per il futuro sono individuati:

- la difficoltà nel coinvolgimento nel progetto di soggetti e gruppi forti su Piacenza Besurica (di fatto sono stati coinvolti cittadini slegati da gruppi di qualunque genere e questo non ha consentito di intercettare soggetti collettivi più ampi);
- la scarsa competenza associativa a Piacenza (nel quartiere manca una presenza significativa di associazioni e i cittadini non hanno competenze in materia, né tecniche né di relazione con altri);
- la difficile collaborazione con le istituzioni di Piacenza (il progetto ha avuto poca collaborazione dal Comune per la realizzazione di attività, individuazione di spazi, ecc. E' presumibile che tale scarsa disponibilità prosegua in futuro);
- la parrocchia come unico "punto di incontro" nel quartiere Besurica (di fatto l'unico "soggetto" che ha dato collaborazione alla AUSL è la parrocchia. Ciò ha comportato un contenimento del progetto interamente entro quelle "mura" con l'inevitabile (auto)esclusione di vari cittadini);
- i contrasti tra associazioni a Traversetolo (l'altro lato della medaglia a Traversetolo: la vitalità nel comune vede anche forti opposizioni tra i soggetti collettivi presenti sul territorio. Ciò non ha facilitato la diffusione del progetto come si sperava e potrebbe costituire in futuro un impedimento);

- la situazione di campagna elettorale a Traversetolo (anche questo è un altro aspetto della medesima medaglia: la disponibilità della politica e delle istituzioni è stata possibile anche perché il progetto è stato visto come un'opportunità anche politico-elettorale. In futuro questo potrebbe non essere più presente o costituire tema di scontro).

Tabella 7.2 - Swot FINALE

Aspetti INTERNI al progetto	Punti di Forza Persone e relazioni Senso di appartenenza al progetto e ai gruppi da parte degli operatori Capacità di reagire ad alcune difficoltà e/o vissuti difficili da parte dei gruppi di operatori Professionalità e la passione degli operatori verso il lavoro e il progetto Cooperazione interna ai gruppi di lavoro operatori Motivazione di alcuni cittadini coinvolti nelle fasi di progettazione delle azioni Progetto Chiarezza e determinazione degli obiettivi progettuali Pianificazione e realizzazione del lavoro preparatorio e propedeutico di formazione Conoscenza e condivisione degli obiettivi progettuali da parte degli operatori Stimolo per cambiamenti, consolidando comportamenti Stimolo nei partecipanti un lavoro di <i>promozione</i> verso altri concittadini Produzione di empowerment nella comunità Partecipazione Ampio coinvolgimento e partecipazione agevolati e creati dal progetto su entrambe le realtà Azienda Delega tra personale ausl piacenza (crescita competenze gruppi operatori)	Punti di Debolezza Progetto Distanza informativa del gruppo di Parma da struttura decisionale Ritardo del progetto nel pianificare la fase successiva e nel rendere autonomi i cittadini Progetto-azioni alcune azioni con scarsa operatività immediata Azienda Il carico di lavoro eccessivo per gli operatori e la scarsa condivisione a livello aziendale Persone e relazioni Scarsa attenzione relazionale (verso il gruppo degli operatori) in alcune fasi Scarsa attenzione relazionale (verso cittadini) in alcune fasi di progettazione
	Opportunità Azienda Ruolo e l'immagine della AUSL (Credibilità e riconoscimento delle due AUSL sul territorio) Traversetolo Disponibilità istituzioni Traversetolo	Ostacoli Besurica - Piacenza Difficoltà nel coinvolgimento nel progetto di soggetti e gruppi forti su Piacenza Besurica Scarsa competenza/attitudine associativa nel quartiere a Piacenza Difficile collaborazione con le istituzioni di Piacenza Parrocchia come unico "punto di incontro" Traversetolo Contrasti tra associazioni a Traversetolo (tessuto associativo conflittuale) Contesto politico: situazione di campagna elettorale a Traversetolo Azienda Risorse scarse, ridotte (tagli a livello amministrativo)
Aspetti ESTERNI al progetto		

Riferimenti bibliografici

- Czuba, C. E. (1999). Empowerment: What Is It? *Journal of Extension*, 37(5).
- Gibbon, M., Labonte, R. & Laverack, G. (2002). Evaluating community capacity. *Health & Social Care in the Community*, 10 (6): 485-491.
- Guba, E. and Lincoln, Y. (1989). *Fourth generation evaluation*. Newbury Park, CA: Sage.
- Israel, B. A. Checkoway, B. Schultz, A. and Zimmerman, M. (1994). Health Education and Community Empowerment: Conceptualizing and Measuring Perceptions of Individual, Organizational and Community Control. *Health Education Quarterly* 21(2): 149-170.
- Labonte, R. (1990). Empowerment: notes on community and professional dimensions. *Canadian Research on Social Policy*, 26: 64-75.
- Labonte, R. (1994). Health promotion and empowerment: Reflections on professional practice. *Health Education Quarterly*, 21(2): 253-268.
- Labonte, R. (1998). *A community development approach to health promotion: a background paper on practice tensions, strategic models and accountability requirement for health authority work on the broad determinants for health*. Edinburgh: Health Education Board of Scotland.
- Labonte, R., Laverack, G. (2001). Capacity building in health promotion, Part 1: for whom? and for what purpose? *Critical Public Health*, 11(2): 111-127.
- Laverack, G., Labonte, R. (2008) *Health Promotion in Action: From Local to Global Empowerment*. Palgrave Macmillan, London.
- Labonte, R., Robertson, A. (1996). Delivering the goods, showing our stuff: The case for a constructivist paradigm for health promotion research and practice. *Health Education Quarterly*, 23: 431-427.
- Laverack, G. (1999). *Addressing the contradiction between discourse and practice in health promotion. PhD Thesis*. Melbourne: Deakin University.
- Laverack, G. (2001). An identification and interpretation of the organizational aspects of community empowerment. *Community Development Journal*, 36(2): 40-52.

- Laverack, G. and Wallerstein, N. (2001) Measuring community empowerment: a fresh look at community domains. *Health Promotion International*, 16(2), 179-185.
- Laverack, G. (2004). *Health promotion practice: Power and empowerment*. Thousand Oaks: Sage.
- Peterson, N.A. and Zimmermann, M.A. (2004). Beyond the individual: Toward a nomological network of organizational empowerment. *American Journal of Community Psychology*, 34(1/2): 129-145.
- Rappaport, J. (1981). In praise of paradox: a social policy of empowerment over prevention. *American Journal of Community Psychology*, 9: 1-25.
- Rappaport, J. (1987). Terms of empowerment/exemplars of prevention: Toward a theory for community psychology. *American Journal of Community Psychology*, 15: 121-148.
- Lukes, S. (1994). *Power: A radical view*. London: Macmillan Press Ltd.
- Scriven, M. S. (1967). The methodology of evaluation. In (eds.) R. E. Stake. *Curriculum evaluation. AERA Monograph Series on Curriculum Evaluation*, 1. Chicago: Rand McNally.
- Taylor, J. (2000), *So now they are going to measure empowerment!*, Community Development Resource association, <http://www.cdra.org.za/articles.htm>
- UNDP (1995). *Capacity Development for Sustainable Human Development: Conceptual framework and operation signpost*. New York: United Nations Development Programme
- Iscoe I. (1974), Community Psychology and the competent community, *American Psychologist*, n. 29.
- Zani B. (2012), *Psicologia di Comunità. Prospettive, Idee, Metodi*. Roma, Carocci.
- Zimmerman, M. A. (1999). *Empowerment Theory: Psychological, Organizational and Community Levels of Analysis*. Michigan: University of Michigan.
- Zimmerman, M. A. (2000). Empowerment theory: Psychological, organizational, and community level of analysis. In (eds.) J. Rappaport, E. Seidman. *Handbook of Community Psychology*. New York: Kluwer/Plenum.