

Dip.to Salute Mentale – U.O.C. PSICOLOGIA – sede centrale di Collegno

Modulo PARTE 1 – Proposta di progetto – scheda di sintesi

Titolo	Oggi che fai?
Data di avvio e conclusione	Avvio: Gennaio 2007 Conclusione: Giugno 2008
ASL capofila	ASL 5 Collegno – U.O.S. Psicologia dell'Età Evolutiva
Responsabile del progetto	dott. Bruno Tiranti, U.O.S. Psicologia dell'Età Evolutiva Tel 011/4017257, Fax 011/4017208, email: b.tiranti@asl5.piemonte.it
ASL partner	ASL 8 , Coordinamento adolescenza
Referente ASL 8	dott.ssa Marina Farri e dott.ssa Tiziana Martelli. Tel 011/6824351, fax 011/94293268 email: psicomonc.asl8@libero.it
ASL partner	ASL 10 , U.O.C. Neuropsichiatria infantile
Referente ASL 10	dott.ssa Vanda Cappa. Tel 0121/235159, Fax 0121/235139 email: vcappa@asl10.piemonte.it
Partner	Istituti di istruzione secondaria di secondo grado dei Distretti sanitari 2, 3, 5 dell'ASL 5. <ul style="list-style-type: none"> ■ ITIS Romero ■ ITIS Natta ■ ITC Sraffa ■ ITIS Ferrari ■ IISS Des Ambrois Istituti di istruzione secondaria di secondo grado dell'ASL 8. <ul style="list-style-type: none"> ■ ITIS Marro Istituti di istruzione secondaria di secondo grado, Distretto 1 dell'ASL 10. <ul style="list-style-type: none"> ■ IIS Porro(IPSIA, LT, ITIS)
Filone tematico	Salute mentale, Azione 13 Promuovere la salute mentale nell'adolescenza nel setting scuola attraverso interventi formativi, educativi e organizzativi.

Destinatari finali	Ragazzi 14-17 anni (I, II, III classe).
Destinatari intermedi	Insegnanti, referenti per la salute delle istituti di istruzione secondaria di secondo grado, dirigenti scolastici, referenti per la salute delle ASL partecipanti al progetto.
Setting	Istituti di istruzione secondaria di secondo grado dei Distretti sanitari delle ASL coinvolte.
Integrazione con azioni locali	Gruppi multidisciplinari sull'adolescenza (ASL 5 e ASL 8) e i piani di zona, là dove esistenti e le reti aziendali di psicologia dell'adolescenza, i RES (referenti di educazione alla salute dei distretti coinvolti), I Dipartimenti delle Dipendenze, i Dipartimenti Materno Infantile, I Dipartimenti di Salute Mentale, i Distretti, i Comuni attraverso l'Assessorato alle Politiche Giovanili.

Tipologia dell'intervento	<p>Intervento formativo, organizzativo e di sviluppo di comunità.</p> <p>Azione 1.: selezione degli istituti e reclutamento degli operatori.</p> <ol style="list-style-type: none"> selezione degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado a carico dei gruppi ASL/scuola seguendo i protocolli ASL/scuola preesistenti (come nel caso dell'ASL 5/ASL 8). reclutamento degli operatori dei servizi e degli insegnanti per la costituzione delle "equipe di distretto" (gruppi di 3/4 operatori fra cui un insegnante). Presentazione del progetto agli insegnanti delle scuole e inserimento nel POF. <p>Azione 2.: Realizzazione tre focus group per la scelta partecipata dei PAR.</p> <p>Azione 3: formazione formatori.</p> <ol style="list-style-type: none"> Formazione degli operatori (dei servizi e insegnanti) delle equipe di distretto sui temi: <ol style="list-style-type: none"> abilità comunicative: strategie comunicative secondo il modello dell'assertività. abilità socio-relazionali nella relazione individuale: autoefficacia sociale, tecniche di problem solving, gestione del conflitto, abilità di coping. abilità socio-relazionali nella gestione delle relazioni in gruppo: autoefficacia sociale, tecniche di problem solving, gestione del conflitto, abilità di coping. Metodologia della peer education. <p>Ogni tema verrà illustrato attraverso una parte teorica e una esercitativa.</p> <p>Azione 4.: formazione dei ragazzi e sensibilizzazione delle famiglie.</p> <ol style="list-style-type: none"> Formazione degli educatori tra pari sui precedenti temi e illustrazione delle esercitazioni relative. Costituzione dei gruppi tra pari. Lavoro sui temi secondo le metodologie previste, con supervisione e coordinamento dell'"equipe di distretto". Sensibilizzazione delle famiglie e insegnanti attraverso riunioni organizzate dalle equipe di distretto. <p>Azione 5.: Valutazione.</p> <ol style="list-style-type: none"> Valutazione del modulo formativo da parte dei ragazzi tramite questionari. Elaborazione dei dati dai questionari dei ragazzi. Restituzione dei risultati e valutazione dell'intervento formativo con gli insegnanti degli istituti di istruzione secondaria di secondo grado partecipanti al progetto. Restituzione dei risultati da parte delle equipe di distretto ai gruppi ASL/scuola là dove preesistenti. Valutazione interaziendale del progetto. <p>Risultati formativi attesi:</p> <p>Risultati sui destinatari finali (adolescenti 14-17 anni):</p> <ul style="list-style-type: none"> Potenziamento delle abilità di psicosociali, emozionali e relazionali e percezione di autoefficacia.
----------------------------------	---

Abstract

Contesto di partenza e razionale

La revisione sistematica della letteratura internazionale del quinquennio 2000-2005 sui rischi in adolescenza condotta dall'ASL 5 per la rete regionale per adolescenza nel "*Progetto regionale Segnali di vita: il disagio psicologico degli adolescenti.*" (Det. 478 del 29.11.2004) è esitata nella definizione di cinque classi di rischio emergenti in adolescenza tra cui i **comportamenti aggressivi o violenti contro di sé e altri**, e dei relativi fattori protettivi (tra cui le abilità relazionali e comunicative) e fattori di rischio (tra cui l'isolamento e la solitudine) secondo studi di comprovata efficacia. Inoltre, nella successiva fase della ricerca, il cui obiettivo era la costruzione della mappa di tutti gli interventi socio-sanitari rivolti all'adolescenza nelle Aziende Sanitarie del Quadrante, non sono stati registrati interventi specifici relativi alla promozione della salute rispetto al rischio aggressione/violenza, pur essendo tale rischio percepito dagli operatori come un fenomeno emergente.

Alla luce di tale scenario si è consolidata un'alleanza di lavoro tra l'ASL 5, l'ASL 8 e l'ASL 10 (poi divenute ASL To3 e To5) appartenenti alla rete di psicologia dell'adolescenza del Quadrante 1 per proporre un progetto di prevenzione sui comportamenti aggressivi contro se stessi e altri attraverso il potenziamento della rete relazionale dell'adolescente e delle relative abilità comunicative, socio emotive, socio relazionali e di coping.

Obiettivi

Ridurre i comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e contro gli altri negli adolescenti della fascia 14-17 anni, potenziando la qualità e l'intensità delle relazioni tra pari e con gli adulti attraverso l'incremento delle abilità comunicative e relazionali che facilitano le relazioni positive. Consolidare le alleanze di lavoro della rete ASL/scuole partecipanti al progetto, là dove siano preesistenti.

Destinatari

Il progetto si è realizzato in 7 diverse istituti di istruzione superiore di diversi indirizzi (ipsia, itis, liceo) delle due ASL, coinvolgendo come destinatari diretti 633 ragazzi fra i 14 e i 17 anni e come destinatari indiretti insegnanti e genitori (circa 200 adulti).

Metodologia e attività

Il gruppo di lavoro ha coinvolto 23 operatori di cui 7 insegnanti in tre percorsi paralleli: formazione rivolta al gruppo di lavoro, percorso di peer education e interventi di sensibilizzazione con adulti (genitori e insegnanti).

I destinatari finali sono stati coinvolti in una serie articolata di attività che ha previsto: un momento di avvio del progetto per il reclutamento di peer educator volontari, la formazione dei peer educator (utilizzando strumenti di didattica attiva), il loro successivo intervento sui gruppi classe ed un momento conclusivo.

Per gli insegnanti, i referenti alla salute delle scuole e i dirigenti scolastici sono stati organizzati due momenti di incontro (uno all'inizio e uno al termine della realizzazione del progetto) per la presentazione, il monitoraggio e la valutazione partecipata del progetto. Sono stati proposti e in parte realizzati anche incontri di sensibilizzazione sul tema con le famiglie e con il collegio docenti.

Valutazione e strumenti

L'efficacia dell'intervento è stata valutata attraverso la somministrazione pre-post di 4 questionari sulle variabili: stili comunicativi, autoefficacia, conoscenza e percezione dei comportamenti aggressivi. Si è registrata una variazione significativa ($p=0,003$) con ANOVA con SPSS 10.0 nell'aumento dell'autoefficacia percepita dai soggetti. Le altre variazioni, se pur migliorative, non raggiungono livelli di significatività. Questi risultati sono stati presentati e

discussi in riunioni di valutazione interne ai gruppi di lavoro, trasversale nel gruppo di lavoro interaziendale e con i presidi e i referenti alla salute delle singole scuole coinvolte.

3° REPORT FINALE

1. IL CONTESTO DI PARTENZA

1.1. Analisi del contesto di partenza: risultati della diagnosi educativa ed organizzativa

I risultati del *Progetto regionale Segnali di vita: il disagio psicologico degli adolescenti.*” (Det. 478 del 29.11.2004) sono un punto di partenza del progetto “Oggi che fai?": essi si sostanziano nell'individuazione di classi di rischio fra cui comportamenti aggressivi o violenti contro di sè e altri e nella rilevazione degli interventi in psicologia dell'adolescenza nelle asl piemontesi. Da tale ricerca si è potuto evincere l'assenza di interventi di promozione della salute su questo tema a cura delle asl piemontesi.

Dalla rete regionale di psicologia dell'adolescenza, costituitasi grazie al progetto su citato, prende avvio il gruppo di progetto (ASL 5, 8, 10) “Oggi che fai” che, successivamente all'approvazione del bando hp 2005-06 ha potuto sviluppare nei contesti territoriali di pertinenza il lavoro di focus group e l'analisi della letteratura su cui ha sviluppato lo studio preliminare del progetto (si veda allegato n° 1).

Alla luce di questi dati risultava difficile definire una scala gerarchica di priorità dei determinanti in quanto, trattandosi di un fenomeno multidimensionale, tutti ne concorrono alla spiegazione. Pertanto sono stati realizzati in fase di avvio del progetto 25 focus group con i destinatari finali (217 ragazzi 14-17 anni) e intermedi (186 gli insegnanti e i genitori coinvolti) per determinare le priorità in termini di azione/variabile da prendere in analisi nelle differenti realtà scolastiche locali.

I Focus Group hanno permesso la lettura delle caratteristiche del contesto educativo e la declinazione dei PAR confermandoli nella specifica realtà. Sono risultati inoltre strumento prezioso per avviare l'alleanza di lavoro con le scuole coinvolte e hanno permesso di rilevare specifiche modalità organizzative ottimizzando la micro-progettazione delle singole equipe-distrettuali.

Negli allegati lo schema di sintesi dei focus (n° 2), la lettera di reclutamento (n° 3) la griglia delle domande (n.4), una griglia di analisi esemplificativa (n° 5) e il report di analisi e presentazione dei risultati (n°6).

Dati i risultati emersi dalla diagnosi educativa e organizzativa, gli obiettivi e le attività del progetto sono stati confermati

1.2. Alleanze tra gli attori interessati al progetto

Sono stati costituiti cinque gruppi di lavoro territoriali multidisciplinari (insegnanti e operatori ASL) che abbiamo chiamato “equipe di distretto oggi che fai” (si veda l'allegato n° 7 per un prospetto delle partecipanti al progetto).

I momenti di lavoro comune sono stati:

- riunioni di coordinamento/avanzamento lavoro con il gruppo allargato (tutti gli operatori delle Asl senza gli insegnanti);
- riunioni di coordinamento/avanzamento lavoro con tutte le equipe distrettuali “Oggi che fai?”;
- momenti formativi e di supervisione.

In particolare i momenti di formazione hanno permesso di sviluppare affiatamento e omogeneità sia all'interno delle equipe distrettuali “Oggi che fai?” sia fra le differenti equipe, nonostante le specificità che il progetto ha assunto nei differenti territori. Questo investimento nel lavoro di rete è risultato estremamente proficuo

producendo un elevato ritorno in termini di motivazione e coinvolgimento emotivo da parte sia degli operatori dei servizi sia degli insegnanti coinvolti nelle equipe distrettuali.

Elemento critico è risultato la sensibilizzazione in alcune scuole dei presidi e degli insegnanti delle classi coinvolte: là dove queste figure sono state attivi interlocutori il progetto ha avuto una maggior coerenza e facilità di implementazione, là dove i contatti sono stati più distanti o superficiali si sono riscontrati maggiori difficoltà organizzative. Alla luce di questo diventa prioritario la cura nel primo contatto e nel successivo coinvolgimento delle figure istituzionali che, là dove attivamente coinvolte possono fornire forza e sostegno al progetto inserendolo più coerentemente nel piano delle attività scolastiche.

Ciò nonostante, tutte le scuole hanno richiesto un proseguo dell'intervento nel prossimo anno scolastico.

1.3. Andamento del gruppo di progetto

Il gruppo di progetto, strettamente inteso rispetto alle figure dei referenti aziendali e della coordinatrice del progetto, si è riunito in fase di avvio e in fase di valutazione finale.

In data 11/12/2006 nella riunione di avvio, sono stati:

- designati i borsisti partecipanti alle equipe e delineati i rapporti contrattuali;
- individuati i nominativi degli operatori distrettuali in affiancamento ai borsisti nelle equipe di distretto;
- definite le procedure di contatto delle scuole secondo gli i protocolli preesistenti in ciascun distretto.

Questi aspetti sono risultati indispensabili per inserire il progetto nelle differenti realtà locali consolidando delle alleanze di lavoro con i referenti alla salute delle aziende sanitarie promuovendo un contesto di lavoro positivo per le equipe distrettuali

In data 18/04/08 nella riunione di valutazione finale sono stati:

- visionati i dati e risultati del progetto
- analizzati e evidenziati i punti di forza e debolezza del progetto
- avanzate proposte di sviluppo
- ipotizzate future alleanze di lavoro nella nascente ASL To3

1.4. Promozione del progetto

Il progetto è stato promosso a diversi livelli:

- All'interno delle singole scuole grazie all'attività svolta dall'insegnante coinvolto nelle equipe distrettuali
- All'interno delle singole aziende sanitarie attraverso il lavoro di rete svolto dagli operatori coinvolti in particolare con i referenti alla salute distrettuali.
- Nella comunità scientifica attraverso la redazione di un articolo (ancora incompiuto) e alla presentazione di poster e comunicazioni in convegni nazionali e internazionali tra cui:
 - Convegno nazionale di psicologia della salute (Rovigo 1-4 ottobre 2008)
 - Congresso internazionale di promozione della salute IHUPE (Torino 10-12 settembre)
- Attraverso la costruzione di un gruppo di lavoro multidisciplinare interno all'ASL To3 sulla peer education per promuovere un confronto e l'individuazione di linee

guida su questa metodologia di intervento. Il gruppo ha sviluppato anche una riflessione sugli strumenti e indicatori per la valutazione dei progetti stessi. E' implementabile in un futuro l'alleanza di lavoro con il nuovo gruppo multidisciplinare di promozione della salute e con i referenti alla salute distrettuali.

2. PROGRAMMA ATTIVITÀ E GERARCHIA OBIETTIVI

Tutte le attività previste dal programma sono state realizzate. Di seguito presentiamo una sintesi nella tabella 1 rimandando agli allegati citati per una più dettagliata descrizione delle date, obiettivi, attività, risultati, difficoltà e opportunità delle singoli eventi.

La tempistica non è stata rispettata in quanto il ritardo nella ricezione del finanziamento ha posticipato l'avvio previsto per Settembre del 2006 al Gennaio del 2007. la motivazione di tale decisione, voluta in particolare dal responsabile di progetto, è duplice: non coinvolgere risorse senza la prevista copertura economica e non attivare una rete di relazioni e alleanze senza garanzie di continuità. Ciò a comportato un compressione dei tempi dell'intervento in particolare nel passaggio tra la formazione degli educator e i loro intervento nelle classi che è risultato precocizzato.

In proposte successive di sviluppo del progetto si avrà cura di mantenere tempi sufficientemente differiti fra la fase di formazione degli educator e quello di intervento nelle classi.

Rimandando all'allegato 10 le valutazioni dei principali punti di forza e criticità incontrati evidenziamo che le risorse utilizzate si sono dimostrate adeguate in quanto hanno permesso di formare competenze di 5 operatori retribuiti (3 incarichi professionali, 1 coordinatore, 1 supervisore) e 18 operatori (fra sanitari e insegnanti) che a titolo volontaristico hanno ampiamente collaborato al progetto.

Data/ Periodo	Obiettivi	Attività	dettaglio
Gennaio- Novembre 2007 Fase preliminare	Costruzione alleanze interne alle asl e alle scuole coinvolte Individuazione e formazione degli operatori ASL Costituzione delle equipe distrettuali	Incontri per presentazione del progetto e definizione delle partecipazioni Formazione formatori Incontri di macro e micro progettazione nelle diverse realtà	Allegato 8 dettaglio programma attività preliminari
Marzo- Novembre 2007 Percorso di supervisione metodologica	Cura della metodologia del intervento e consolidamento del gruppo di lavoro	Incontri con supervisore	Allegato 9 programma attività supervisione metodologica
Maggio - Settembre 2007 Focus Group	Diagnosi educativa	focus group per ragazzi/e, insegnanti e genitori	Allegato 2 Riepilogo Focus Group
Settembre 2007 - Aprile 2008 Interventi nelle scuole	Implementazione del percorso di peer education attraverso: <ul style="list-style-type: none">• reclutamento degli educator• formazione degli educator• proposta delle attività sulle classi da parte degli educator• restituzione dei risultati ai tutti le classi coinvolte	<ul style="list-style-type: none">• giornata di avvio nelle singole scuole per il reclutamento degli educator• incontri di formazione con gli educator• incontri di presentazione attività nelle classi• incontro plenario di chiusura	Allegato 10 programma attività interventi nelle scuole

		gestito dagli educator rivolto a tutte le classi coinvolte	
<p>Aprile 2008 - Giugno 2008</p> <p>valutazione dell'intervento</p>	<ul style="list-style-type: none"> • valutazione aziendale • presentazione dei risultati e valutazione del percorso con le figure istituzionali delle singole scuole 	<ul style="list-style-type: none"> • incontro di valutazione finale con il gruppo di progetto (18/04/08) • incontri di valutazione con preside e referente alla salute ed eventuali insegnanti per ogni scuola 	<p>Allegato 11 esempio report finale di restituzione ITIS Ferrari.pdf</p> <p>Allegato 12 report valutazione test pre post</p> <p>Allegato 13 Report di valutazione per il gruppo di progetto</p>

Tabella 1 sintesi programma attività

3. VALUTAZIONE DI PROCESSO E DI RISULTATO

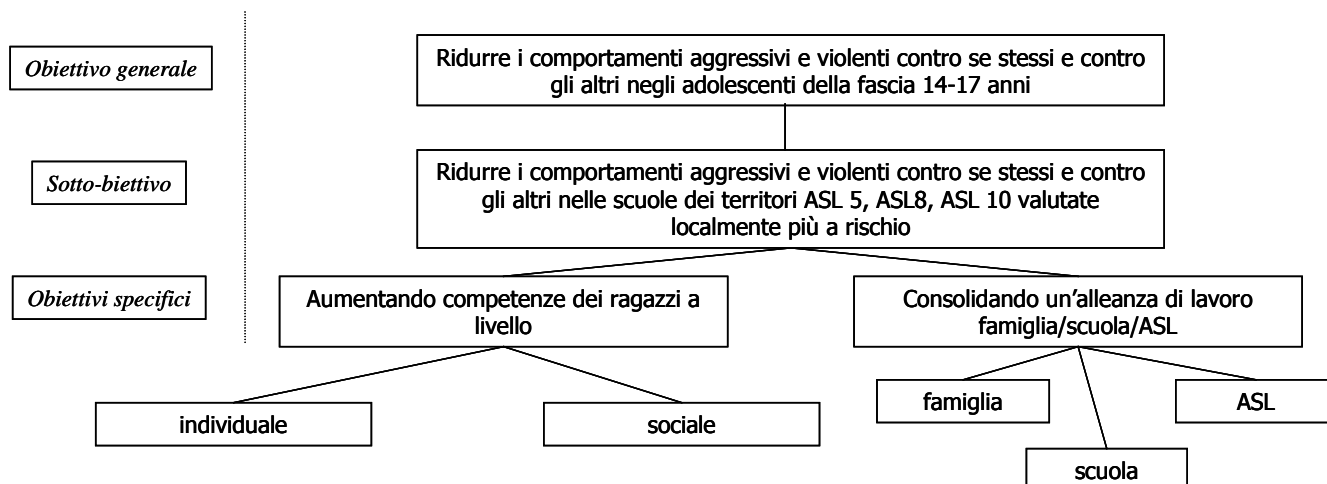


Tabella 2 obiettivi del progetto (estratto azione 13 modulo 2)

Gerarchia	Risultato diagnosi	Obiettivo specifico
ambientale	Presenza di Protocolli di intesa ASL scuole e piani di zona. Presenza di gruppi multidisciplinari su adolescenza	Consolidamento alleanza di lavoro ASL/scuole/famiglie. Consolidamento alleanza di lavoro tra operatori di Distretto appartenenti a servizi diversi.
comportamentale	Riduzione comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e altri rilevati dalle scuole e dai servizi ASL.	Riduzione comportamenti aggressivi e violenti contro se stessi e altri rilevabili da scuole e servizi ASL.
PAR predisponenti	<ul style="list-style-type: none"> ❑ Percepita autoefficacia nel gestire le pressioni negative dei pari ❑ Senso di autoefficacia in genere nel gestire situazioni di aggressività tenendo conto dell'influenza dell'ambiente esterno ❑ Pensiero critico nei confronti dei modelli dei media 	Potenziamento delle abilità di autoefficacia nel gestire le pressioni dei pari e situazioni di aggressività tenendo conto dell'influenza dell'ambiente esterno. Articolazione e sviluppo del pensiero critico nei confronti dei modelli veicolati dai media.
PAR abilitanti	Implicazione di competenze relazionali e sociali quali: <ul style="list-style-type: none"> ❑ abilità linguistiche e comunicative ❑ abilità di coping ❑ abilità di problem solving ❑ supporto familiare ❑ supporto sociale ❑ visione di scene 	Potenziamento delle abilità di comunicazione con genitori, di coping, di comunicazione assertiva. Incremento delle occasioni di scambio e confronto tra pari e con adulti anche su modelli veicolati dai media.
PAR rinforzanti	<ul style="list-style-type: none"> ❑ pressione dei pari 	Decremento delle situazioni di pressione negativa dei pari su situazioni di aggressività e violenza.

Tabella 3 gerarchia Par (estratto azione 13 modulo 2)

3.1 VALUTAZIONE DI PROCESSO

Attività	Punto critico Indicatore di processo	Da progetto	Realizzato	Commento
Azione 1: Avvio	a) partecipazione al progetto da parte delle scuole candidate. b) Partecipazione degli operatori di diversi servizi aziendali e degli insegnanti delle scuole alle equipe di distretto. c) Inserimento nel POF	a) 5 scuole b) partecipazione operatori e insegnanti nelle 5 equipe di distretto c) SI	a) 7 scuole b) partecipazione operatori e insegnanti nelle 7 equipe di distretto c) SI	Le soglie sono state raggiunte e superate del: a) +40% b) +40% c) 100%
Azione 2: Scelta condivisa dei PAR	a) Partecipazione ai tre focus proposti b) Definizione dei PAR su cui si intende lavorare prevalentemente nelle specifiche realtà	a) 15 Focus Group b) micro progettazione in base ai PAR	a) 25 Focus Group b) micro progettazione in base ai PAR	Le soglie sono state raggiunte e superate del: a) +66%
Azione 3: Formazione equipe di distretto	a) Pertinenza della formazione proposta al progetto. b) efficacia della formazione stimata in termini di soddisfazione dei partecipanti rispetto l'acquisizione di strumenti operativi da poter applicare al progetto.	a) SI b) SI	a) SI b) SI	a) Le indicazioni metodologiche sono state utilizzate nella realizzazione dell'intervento b) Un membro nella figura del coordinatore ha partecipato in qualità di formatore
Azione 4: realizzazione intervento	a) partecipazione alle tre riunioni di restituzione focus in fase di avvio b) Costituzione buon clima di lavoro del gruppo degli educator c) Costituzione di un buon clima di lavoro nei gruppi tra pari, d) perseguimento degli obiettivi concordati. e) Coerenza tra il lavoro con i ragazzi e quello con gli insegnanti e le famiglie.	a) riunioni : 5 per ragazzi 5 per insegnanti 5 per genitori b) drop out e osservazioni partecipate equipe di distretto c) SI d) SI e) SI	a) riunioni : 10 per ragazzi 8 per insegnanti 7 per genitori b) drop out e osservazioni partecipate equipe di distretto c) a volte problematiche d) SI e) SI	a) Le soglie sono state superate del: ragazzi +100% insegnanti +60% genitori +40% b) basso drop out (2%) osservazioni positive nel gruppo educator e discretamente positive nel gruppo dei pari (classi) c) alcuni problemi di clima registrati nelle attività di debriefing con gli educator d) SI e) uso della stessa modello là dove realizzato il percorso con gli adulti
Azione 5: Valutazione	a) Valutazione coerenza e chiarezza del progetto da parte dei ragazzi/insegnanti/famiglie b) Valutazione coerenza e chiarezza del progetto da parte equipe di distretto c) Valutazione coerenza e chiarezza del progetto interaziendale	Incontri di valutazione: 5 con ragazzi 5 con preside, referente alla salute, insegnanti a) -b) -c) SI	Incontri di valutazione: 6 (educator)+7 (classi) con ragazzi 6 riunioni dell'equipe di distretto allargate ad altri insegnanti e al preside) a) -b) -c) SI	Le soglie sono state superate del: +20% educator +40% classi +20% insegnanti

Tabella 4 sintesi valutazione di processo

3.2 VALUTAZIONE DI RISULTATO

Gerarchia	Indicatore	Standard	Risultato
1 ambientale	N° partecipanti alle riunioni ASL/scuole	Incremento significativo partecipazione riunioni ASL scuola	Le riunioni di valutazione finale hanno coinvolto le intere equipe di distretto più i presidi e i referenti alla salute nel 70% dei casi (5 scuole su 7)
	Partecipazione degli operatori di equipe di distretto a eventuali progetti comuni di promozione salute o altro	partecipazione ad almeno un altro progetto a livello distrettuale	Si , partecipazione al bando aziendale per il finanziamento del proseguimento del progetto a.s. 2008-2009
2 comportamentale	Presenza del fenomeno nelle scuole stimato in termini di: N° liti a scuola N° aggressione a scuola N° comportamenti autolesivi a scuola	Diminuzione significativa del fenomeno nelle scuole su cui si è realizzato l'intervento	Non è stato possibile raccogliere tali indicatori dalle statistiche delle scuole non sempre presenti. Si sono ipotizzati strumenti di rilevazione per il proseguimento del progetto
3 PAR predisponenti	Autoefficacia percepita pressione dei pari. Autoefficacia in genere	Differenza statisticamente significativa dei valori di autoefficacia percepita nella gestione pressione pari e autoefficacia in genere	È stata rilevata nella somministrazione pre – post test (Questionario autoefficacia tratto da Sibilia, Ralf Schwarzer & Matthias Jerusalem, 1995) una differenza statisticamente significativa nei valori di autoefficacia percepita ($p=0,003$) con ANOVA effettuata con software SPSS 10.0
4 PAR abilitanti	Aumento di abilità comunicative assertive e con genitori e abilità di coping.	Differenza statisticamente significativa dei valori di comunicazione con genitori e di coping.	Non è stata rilevata nella somministrazione pre – post test test (Questionario sull'assertività dei ragazzi ad hoc) una differenza statisticamente significativa nei valori di abilità comunicative assertive ($p=0,978$) con ANOVA effettuata con software SPSS 10.0
5 PAR rinforzanti	N° situazioni di pressioni negative esercitate o subite nei confronti dei pari	Differenza statisticamente significativa pre/post intervento	Non è stata rilevata nella somministrazione pre – post test (La mia vita a scuola tratto da Sharp e Smith 1995) una differenza statisticamente significativa nei valori di pressioni negative esercitate o subite nei confronti dei pari ($p=0,063$) con ANOVA effettuata con software SPSS 10.0

Tabella 5 sintesi valutazione di risultato

Una nota in merito ai test pre-post utilizzati:

- in primo luogo sono stati utilizzati test che il gruppo di lavoro ha ritenuto più specifici e mirati al target e all'argomento dell'intervento rispetto a quelli proposti nell'iniziale progetto. In merito al reattivo sull'assertività si è preferito costruire all'interno del gruppo di lavoro un reattivo ad hoc che fosse più vicino e consono al linguaggio dei ragazzi.

- In secondo luogo constatiamo che solo il test sull'autoefficacia ha rilevato un significativo scostamento tra la prima e la seconda prova (gli altri reattivi registrano tutti un trend positivo pur non raggiungendo la significatività statistica). Questo ci interroga sull'opportunità dell'utilizzo di questionari come strumenti di valutazione di conoscenze e competenze in adolescenza e non significa necessariamente che non siano strumenti di rilevazione idonei, bensì ci permette di avanzare alcune riflessioni in merito alla loro somministrazione:
 - a) il momento della somministrazione del pre e post test deve garantire una corretta compilazione. Lasciare la gestione di questo momento esclusivamente agli educator non sempre ha permesso di raccogliere test attendibili;
 - b) risulta importante differire nel tempo le due somministrazioni;
 - c) è importante curare il linguaggio dei questionari anche con il coinvolgimento di educator/insegnanti perché esso sia più vicino al quello degli adolescenti.

4. RISULTATI E CONCLUSIONI

CRITICITA' (aspetti implementabili in successivi progetti)

1- Tempistica

Da una parte lo slittamento dei tempi di avvio del progetto e dall'altra la necessità di concludere entro i termini inizialmente fissati (marzo 2008) hanno stretto le equipe distrettuali in un morsa costringendole a serrare i tempi dell'intervento all'interno di un unico anno scolastico cercando al contempo di rispettare le tempistiche scolastiche.

Questo ha comportato inevitabilmente un accorciamento dei tempi di riflessione e di maturazione per gli educator ed un loro precoce incontro del gruppo dei pari.

Questo elemento è stato rilevato a più livelli (incontri di valutazioni del percorso dei peer educator, incontri di valutazioni del percorso dei gruppi classe, incontri di valutazioni del percorso delle equipe distrettuali) e nelle diverse realtà scolastiche coinvolte nel progetto.

2- Multidisciplinarietà

L'aspetto della multidisciplinarietà si è realizzato nella partecipazione di 7 insegnanti ma di un solo educatore dei servizi sanitari rispetto alla prevalenza di psicologi nelle equipe di distretto.

3- Somministrare i test

La modalità di somministrazione dei test non sempre è risultata efficace e attendibile: la gestione diretta da parte degli educator non ha garantito la corretta compilazione dei test.

4- Sensibilizzazione degli adulti

Come la presentazione dello sviluppo delle attività ha evidenziato, il progetto ha incontrato elevate difficoltà nel raggiungere le figure adulte ed ad attivare dei percorsi di sensibilizzazione a loro destinati.

5- Lavoro di rete

E' risultata critica la "latitanza" di alcune figure chiave (presidi, referenti alla salute, coordinatori di classe). Ciò ha comportato disfunzioni organizzative e temporali.

Da non sottovalutare il ruolo dei collaboratori scolastici come interlocutori attivi in successivi progetti in quanto figure altamente coinvolte nei momenti di vita informale nella scuola.

RISULTATI POSITIVI (raccomandazioni per successivi progetti)

1- Ampliamento del progetto

E' da rilevare come nota positiva l'ampio interesse mostrato dalle scuole al progetto che ha portato ad un ampliamento del numero delle scuole coinvolte. Questo è stato possibile grazie al forte e attivo coinvolgimento degli insegnanti nelle equipe distrettuali e dalla disponibilità dimostrata dagli operatori dei servizi.

2- Reclutamento per autocandidatura degli educator e lavoro sull'auto attivazione

Elemento metodologico di forza del progetto, in coerenza con gli obiettivi di motivazione intrinseca, autoefficacia, assertività, è stato puntare sul protagonismo dei ragazzi. Questo aspetto, punto centrale della metodologia della peer education ha avuto alcuni punti di attenzione:

- nella scelta degli educator attraverso un processo di autocandidatura e soprattutto;
- nella creazione di un contesto caratterizzato dalla fiducia e dal sostegno alla capacità progettuale proposta e attivata degli stessi. In particolare la cura delle equipe distrettuali che hanno accompagnato gli educator e i gruppi di pari nel percorso stando vicini al processo ma senza volerlo "controllare" è stato elemento di successo.

3- Costruzione di un contesto per sperimentare modalità "altra"

Un elemento di successo del progetto è stato quello di riuscire a presentare e far sperimentare ai destinatari (sia diretti che intermedi) una modalità alternativa di gestire la comunicazione e i conflitti. Questo è stato tanto più efficace quanto si è riusciti a mantenere una coerenza fra il dichiarato e la reale gestione dei momenti che le equipe si trovavano ad affrontare nel corso del progetto e nei momenti di lavoro con educator e gruppi classe.

4- Modalità di formazione delle equipe distrettuali

La scelta di puntare su membri dell'equipe di distretto più vicina a quella del gruppo di destinatari diretti è stata funzionale alla creazione di un aggancio e di una relazione di fiducia anche considerando la brevità del percorso.

5- Flessibilità di implementazione

Le equipe distrettuali hanno dimostrato la capacità vincente di adattare il programma di attività alle esigenze delle singole realtà organizzative senza perdere gli elementi metodologici chiave del progetto. Questo è risultato un elemento di successo dell'iniziativa

STRUMENTI E DOCUMENTI PRODOTTI

In allegato al report si inoltrano i seguenti documenti e materiali:

1. Analisi preliminare
2. Riepilogo Focus group
3. Lettera reclutamento focus
4. Griglia domande focus group
5. griglia esemplificativa focus group
6. Report focus group
7. Prospetto Partecipanti al Progetto
8. Dettaglio programma attività preliminari
9. Programma attività supervisione metodologica
10. Programma attività interventi nelle scuole
11. Esempio report finale di restituzione ITIS Ferrari
12. Report valutazione test pre post
13. Report di valutazione per il gruppo di progetto
14. Abstract poster al convegno SipSA
15. Comunicazione orale al convegno IHUPE

5. COMPETENZE ACQUISITE

- a) Competenze riguardo ai modelli di progettazione nella promozione della salute
- b) Competenze sul lavoro di gruppo
- c) Competenze sulla conduzione di gruppo
- d) Competenza sulla metodologia della didattica attiva
- e) Rilettura dei materiali e produzione di materiali scientifici
- f) Competenze nel montaggio di video

6. RENDICONTAZIONE ECONOMICA

Tipologia di spesa	Voci analitiche di spesa previste con eventuali modifiche*	Auto/co-finanziamento	Finanziamento richiesto	Spese sostenute
Personale	Consulente senior Coordinatrice Dott.ssa Serena Zucchi	0	Euro 8.000	Euro 6.321,875 (come ore di specialistica convenzionata)
	Formatori (supervisione metodologica) Assegnazione incarico professionale Dott. Ludovico Grasso	0	Euro 2.000	Euro 1.500
	Borsisti junior (totali) Assegnazione incarico professionale Dott. Iacopo Vaggelli	0	Euro 18.000	Euro 20.000
	Assegnazione incarico professionale Dott. Iacopo Vaggelli	0	Euro 6.000	Euro 5.000
	Assegnazione incarico professionale Dott.ssa Maria Vittoria Ozzello	0	Euro 6.000	Euro 5.000
	Assegnazione incarico professionale Dott.ssa Melania Spatola	0	Euro 6.000	Euro 5.000
	Borsisti Junior Integrazione Incarichi professionali per prolungamento progetto		Euro 0	Euro 5.000
Attrezzature	Acquisto telecamera		Euro 0	Euro 449
Altro	Supervisore	0	Euro 440,875	0
	Iscrizione al convegno SIPSA	0	0	Euro 170
TOTALE				Euro 28.440.875

- Vincoli amministrativi hanno imposto il limite di 5.000 per gli incarichi professionali.
- La struttura del percorso formativo si è realizzata, per vincoli organizzativi e amministrativi, sotto forma di percorso di supervisione. Ciò ha comportato una compressione dei costi previsti per il supervisore Dott. Ludovico Grasso, del Gruppo Abele.
- Non è stato dunque possibile attivare la figura di un secondo supervisione sul gruppo di lavoro.
- La cifra risparmiata è stata utilizzata, visto lo slittamento e la prosecuzione dei lavori per il prolungamento di uno degli incarichi professionali e per l'acquisto di attrezzatura che si è dimostrata necessario per alcune attività con i destinatari del progetto.
- In coerenza con gli obiettivi di divulgazione dell'intervento, si è voluto stanziare un cifra per la partecipazione a un congresso che permette la presentazione di un poster al Convegno SIPSA.

Collegno, 25 luglio 2008

Il Responsabile del Progetto

Il Referente Aziendale PES