



UNIMORE

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI
MODENA E REGGIO EMILIA

UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI MODENA E REGGIO EMILIA

Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche con Interesse
Trapiantologico, Oncologico e di Medicina Rigenerativa (CHIMOMO)

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Magistrale

in

SALUTE E SPORT

(Presidente: Prof.ssa Milena Nasi)

IL MODELLO TRANSTEORICO DEL CAMBIAMENTO COME STRUMENTO
EDUCATIVO NELLA PROMOZIONE DELL'IMPATTO FORMATIVO DI UN PERCORSO
SVOLTO NEI LUOGHI DELLA PREVENZIONE

Relatrice:

Prof.ssa Claudia Bellini

Correlatrice:

Dott.ssa Alice Pierluigi

Studentessa:

Valentina Bacco

ANNO ACCADEMICO 2024-2025

INDICE

ABSTRACT	3
INTRODUZIONE	4
CAPITOLO 1 - PROMOZIONE DELLA SALUTE E CAMBIAMENTO COMPORTAMENTALE: MODELLO TRANSTEORICO, DETERMINANTI E RUOLO EDUCATIVO	6
1.1 Introduzione: contesto, obiettivi e rilevanza professionale.....	6
1.2 Il Modello Transteorico del Cambiamento: principi, stadi e applicazioni.....	7
1.2.1 Pre-contemplazione	7
1.2.2 Contemplazione	8
1.2.3 Preparazione.....	9
1.2.4 Azione	9
1.2.5 Mantenimento	10
1.2.6 Ricaduta	10
1.3 Determinanti della salute e fattori di rischio: interazione tra conoscenze, atteggiamenti e contesto sociale.....	11
1.3.1 Determinanti biologici e genetici.....	12
1.3.2 Determinanti comportamentali	12
1.3.3 Determinanti sociali e culturali.....	13
1.3.4 Determinanti ambientali e contestuali	14
1.3.5 Interazione tra conoscenze, atteggiamenti e contesto sociale.....	15
1.3.6 Implicazioni per la pratica educativa e motoria.....	15
1.4 Ruolo educativo e progettuale nella promozione di comportamenti salutar.....	16
1.4.1 Pianificazione e analisi dei bisogni.....	16
1.4.2 Progettazione dell'intervento educativo	17
1.4.3 Ruolo del professionista durante l'intervento	18
1.4.4 Esempi pratici di interventi educativi	19
1.4.5 Valutazione e follow-up	19
1.5 Sintesi integrativa: dal modello teorico alla pratica professionale.....	20
CAPITOLO 2 - ANALISI DEL CORSO EDUSALUTE+ E DEL SUO IMPATTO.....	23
2.1 I luoghi della Prevenzione: struttura del corso e articolazione didattica	23
2.2 Obiettivi e ipotesi della ricerca	26
2.3 Campione, criteri di inclusione e caratteristiche dei partecipanti	27
2.4 Strumenti di raccolta dati: modalità di somministrazione e questionario	28
2.4.1 Struttura del questionario di follow up adattato dal modello CDC	28
2.5 Strategie di analisi dei dati	33
2.6 Risultati del follow-up: applicazione pratica delle conoscenze e competenze acquisite	34
2.7 Interpretazione dei risultati alla luce del Modello Transteorico e dei determinanti della salute	42
2.8 Discussione dei risultati	44
CONCLUSIONI	48
BIBLIOGRAFIA.....	50
RINGRAZIAMENTI	54

ABSTRACT

La promozione della salute rappresenta un ambito centrale per le professioni sanitarie, educative e motorie, in quanto contribuisce alla prevenzione delle patologie croniche e al miglioramento della qualità della vita. In questo contesto, la formazione dei professionisti assume un ruolo strategico nel potenziamento delle competenze necessarie alla progettazione di interventi educativi efficaci e orientati al cambiamento comportamentale.

Il presente studio analizza l'impatto formativo di un percorso multidisciplinare promosso dall'Università di Modena e Reggio Emilia in collaborazione coi Luoghi della Prevenzione di Reggio Emilia, finalizzato all'utilizzo del Modello Transteorico del Cambiamento (Transtheoretical Model of Change, TTM) nel contesto della progettazione di interventi educativi in ambito di promozione della salute.

La ricerca ha come obiettivo la valutazione del trasferimento delle competenze acquisite nel corso EDUSalute+, con particolare riferimento alla loro applicazione nei contesti professionali, alla percezione di autoefficacia e alla frequenza di utilizzo degli strumenti appresi. Sono state inoltre esplorate la percezione di utilità del percorso formativo e la propensione all'utilizzo futuro delle competenze acquisite, oltre a eventuali differenze tra i diversi profili professionali coinvolti.

Lo studio adotta un disegno esplorativo a metodo misto, attraverso la somministrazione di un questionario di *follow-up*, comprensivo di domande a risposta chiusa e aperta, a quattro mesi dal termine del percorso formativo. Il campione è costituito da professionisti e studenti dell'area sanitaria ed educativa che hanno completato il corso.

I risultati evidenziano un trasferimento complessivamente positivo delle competenze nella pratica professionale, seppur con livelli eterogenei di applicazione, sottolineando il ruolo dei fattori individuali, organizzativi e contestuali nel processo di *training transfer*.

INTRODUZIONE

La promozione della salute rappresenta oggi un elemento fondamentale nei sistemi educativi, sanitari e motori, in quanto strettamente connessa alla prevenzione delle patologie croniche e al miglioramento degli stili di vita della popolazione. La crescente complessità dei bisogni di salute richiede professionisti in grado non solo di possedere conoscenze teoriche aggiornate, ma anche di saperle tradurre in interventi educativi efficaci, personalizzati e adattati ai diversi contesti operativi.

In questa prospettiva, la formazione continua assume un ruolo centrale nello sviluppo di competenze professionali orientate alla promozione della salute e al cambiamento comportamentale dei pazienti. La capacità di integrare modelli teorici, strumenti metodologici e pratica operativa rappresenta infatti un elemento chiave per la progettazione di interventi educativi efficaci, sostenibili e coerenti con i bisogni dei destinatari.

Il primo capitolo propone un'analisi teorica della promozione della salute e del cambiamento comportamentale, approfondendo il Modello Transteorico del Cambiamento, i determinanti della salute, i fattori di rischio e il ruolo educativo e progettuale dei professionisti nella promozione di comportamenti salutari.

La parte sperimentale della tesi, presentata nel secondo capitolo, si inserisce in questo quadro teorico e analizza un percorso formativo multidisciplinare denominato EDUSalute+, promosso dall'Università di Modena e Reggio Emilia in collaborazione coi Luoghi della Prevenzione di Reggio Emilia e centrato sull'applicazione del TTM nella progettazione educativa. Il TTM interpreta il cambiamento comportamentale come un processo dinamico e graduale, articolato in diverse fasi, che richiede strategie educative differenziate in funzione del livello di consapevolezza, motivazione e disponibilità al cambiamento dell'individuo. Tale approccio consente una lettura più precisa dei processi di modifica degli stili di vita e favorisce una maggiore efficacia nella definizione degli interventi educativi. Il percorso formativo EDUSalute+ ha rappresentato un'esperienza strutturata finalizzata allo sviluppo di competenze teorico-operative nell'ambito della promozione della salute, dell'educazione del

paziente e della progettazione educativa.

La presente ricerca si concentra, in particolare, sull'analisi del trasferimento delle competenze acquisite nella pratica professionale e/o accademica a distanza di quattro mesi dal termine del corso, con l'obiettivo di comprendere le modalità di applicazione dei contenuti appresi e i fattori che ne favoriscono o ostacolano l'utilizzo nei diversi contesti.

Lo studio intende offrire indicazioni utili per la progettazione di futuri interventi formativi in ambito sanitario, educativo e motorio, orientati a rafforzare l'efficacia del processo di trasferimento delle competenze nella pratica professionale.

CAPITOLO 1

PROMOZIONE DELLA SALUTE E CAMBIAMENTO COMPORTAMENTALE: MODELLO TRANSTEORICO DEL CAMBIAMENTO, DETERMINANTI E RUOLO EDUCATIVO

1.1 Introduzione: contesto, obiettivi e rilevanza professionale

La promozione della salute rappresenta un pilastro fondamentale della prevenzione primaria e del miglioramento della qualità della vita, in quanto orientata allo sviluppo di stili di vita salutari e alla riduzione del rischio di patologie croniche e condizioni di svantaggio per la salute (WHO, 1986, P.1). L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce la promozione della salute come “il processo che consente alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e di migliorarla”, superando una visione esclusivamente biomedica e includendo le dimensioni fisica, mentale e sociale del benessere (WHO, 1986). In ambito educativo, motorio e sanitario, la promozione della salute richiede interventi strutturati e basati su evidenze scientifiche, capaci di considerare i principali determinanti della salute, quali fattori ambientali, sociali, culturali e individuali (Nutbeam, 2000; Green & Kreuter, 2005). In questa prospettiva, il cambiamento comportamentale non può essere ricondotto unicamente alla trasmissione di informazioni, ma necessita di strategie educative che tengano conto delle conoscenze, delle motivazioni e dei contesti di vita delle persone.

La formazione dei professionisti riveste pertanto un ruolo centrale, poiché consente di acquisire competenze teoriche e metodologiche utili alla progettazione e all'attuazione di interventi di promozione della salute efficaci e sostenibili (WHO, 1986; Nutbeam, 2000). Percorsi formativi adeguati permettono di integrare le conoscenze scientifiche con la pratica professionale, favorendo approcci personalizzati e orientati alla partecipazione attiva, alla consapevolezza e all'autonomia degli individui. Infine, la promozione della salute implica una lettura integrata della dimensione individuale e di quella sociale, riconoscendo l'interazione dinamica tra fattori personali e ambientali nel determinare gli esiti di salute. In tale contesto, la formazione continua rappresenta uno strumento indispensabile per aggiornare le

competenze professionali e affrontare in modo efficace la complessità dei bisogni di salute emergenti (Nutbeam, 2000).

1.2 Il Modello Transteorico del Cambiamento: principi, stadi e applicazioni

Il MTT, sviluppato da Prochaska e DiClemente (1983), descrive il cambiamento comportamentale come un processo graduale e multidimensionale, articolato in diversi stadi. Esso si basa sul principio che il comportamento non cambia in modo immediato, ma attraverso un percorso che prevede consapevolezza, motivazione e strategie specifiche di supporto.

I principali stadi del modello sono la pre-contemplazione, la contemplazione, la preparazione, l'azione, il mantenimento e la ricaduta. Nei seguenti paragrafi si propone una descrizione di ciascuna:

1.2.1 Pre-contemplazione

Nella fase di pre-contemplazione l'individuo non possiede ancora una reale consapevolezza della necessità di modificare il proprio comportamento, oppure non manifesta alcuna intenzione di cambiamento nel futuro prossimo (Prochaska & DiClemente, 1983). In questa fase è frequente che il soggetto tenda a minimizzare i rischi associati alle proprie abitudini oppure che sperimenti sentimenti di scoraggiamento e bassa autoefficacia, che ostacolano l'avvio di un processo di cambiamento.

Dal punto di vista educativo, risulta fondamentale adottare strategie che non siano direttive o prescrittive, ma piuttosto orientate alla sensibilizzazione e all'aumento della consapevolezza. In particolare, è utile fornire informazioni chiare, accessibili e scientificamente fondate sui rischi legati a determinati comportamenti e sui benefici derivanti da uno stile di vita più attivo (Nutbeam, 2000). Parallelamente, è importante stimolare la riflessione personale attraverso attività esperienziali o momenti di discussione guidata, che permettano all'individuo di confrontarsi in modo critico con le proprie abitudini.

Un ulteriore elemento chiave è la creazione di un ambiente relazionale basato sulla fiducia e sull'assenza di giudizio, in cui la persona non si senta sotto pressione, ma possa gradualmente aprirsi alla possibilità di cambiamento. In termini applicativi, ciò può tradursi, ad esempio, nella presentazione di dati relativi all'impatto dell'attività fisica sulla salute senza richiedere un'immediata modifica del comportamento, oppure nella condivisione di esperienze di pari che hanno ottenuto benefici significativi, così da favorire un incremento della consapevolezza e dell'identificazione.

1.2.2 Contemplazione

Nella fase di contemplazione l'individuo acquisisce consapevolezza dell'esistenza di un problema e inizia a considerare seriamente la possibilità di modificare il proprio comportamento entro i successivi sei mesi, pur non avendo ancora assunto una decisione concreta in merito (Prochaska & DiClemente, 1983). Questa fase è spesso caratterizzata da un'ambivalenza decisionale, in cui coesistono motivazioni al cambiamento e resistenze legate a ostacoli percepiti o timori.

In tale contesto, l'intervento educativo assume un ruolo centrale nel supportare il processo di riflessione e chiarificazione. Risulta particolarmente utile aiutare l'individuo a valutare in modo strutturato i vantaggi e gli svantaggi associati al cambiamento, favorendo una maggiore consapevolezza delle proprie motivazioni. Inoltre, l'utilizzo di strumenti di auto-monitoraggio e di attività riflessive consente di approfondire la conoscenza delle proprie abitudini, facilitando l'emergere di eventuali barriere e risorse personali (Green & Kreuter, 2005).

Un ulteriore aspetto rilevante è rappresentato dal supporto al processo decisionale attraverso indicazioni personalizzate, che incoraggino l'adozione di piccoli passi iniziali, riducendo il senso di difficoltà percepita. In termini pratici, questo può tradursi nella compilazione di schede di autovalutazione relative alle abitudini alimentari o al livello di attività fisica, così come nella conduzione di discussioni guidate volte a esplorare i benefici attesi e le possibili difficoltà connesse al cambiamento.

1.2.3 Preparazione

Nella fase di preparazione l'individuo ha preso la decisione di modificare il proprio comportamento e sta pianificando le azioni necessarie per attuarlo nel prossimo mese (Prochaska & DiClemente, 1983). Spesso, in questa fase, la persona ha già intrapreso piccoli tentativi iniziali di cambiamento, che rappresentano un importante punto di partenza per costruire strategie più strutturate.

Dal punto di vista educativo, l'intervento dovrebbe concentrarsi sul supporto alla definizione di obiettivi concreti, realistici e misurabili, in modo da facilitare la percezione di efficacia personale. È utile inoltre aiutare l'individuo a pianificare azioni specifiche, anticipando possibili ostacoli e individuando strategie per superarli (Nutbeam, 2000). L'introduzione di strumenti pratici e risorse adeguate contribuisce a sostenere il processo di cambiamento, offrendo un supporto concreto e immediatamente applicabile.

In termini pratici, questo approccio può tradursi, ad esempio, nella creazione di un piano settimanale di attività fisica con obiettivi chiari e monitorabili, oppure nell'implementazione di piccole modifiche alimentari graduali. Tali strategie favoriscono il successo iniziale, rafforzano la motivazione e consolidano le basi per un cambiamento duraturo.

1.2.4 Azione

Durante la fase di azione l'individuo ha iniziato attivamente a modificare il proprio comportamento, applicando concretamente le strategie precedentemente pianificate (Prochaska & DiClemente, 1983). Questa fase rappresenta un momento cruciale, in quanto l'impegno comportamentale concreto permette di consolidare le intenzioni in risultati tangibili e di rafforzare la motivazione al cambiamento. Le strategie educative in questa fase devono essere orientate al supporto continuo e al rinforzo positivo. È importante offrire *feedback* costruttivo sui progressi compiuti, monitorare eventuali difficoltà e adattare le strategie educative in base alle necessità dell'individuo. Inoltre, il coinvolgimento sociale attraverso pari o gruppi di sostegno si rivela particolarmente efficace, poiché favorisce l'identificazione con modelli di comportamento simili e offre un sostegno motivazionale (Green & Kreuter,

2005). A livello pratico, ciò può tradursi nella partecipazione a sessioni di gruppo di attività fisica o a corsi educativi strutturati, che combinano apprendimento e esperienza diretta. L'uso di strumenti di registrazione, come diari o applicazioni digitali, consente di monitorare comportamenti salutari e progressi, aumentando la consapevolezza personale e consolidando le nuove abitudini.

1.2.5 Mantenimento

Nella fase di mantenimento l'individuo ha consolidato il nuovo comportamento e si impegna a conservarlo nel tempo, ponendo particolare attenzione alla prevenzione di eventuali ricadute (Prochaska & DiClemente, 1983). L'obiettivo principale in questa fase non è più l'avvio del cambiamento, ma il rafforzamento e la stabilizzazione delle abitudini acquisite, in modo che diventino parte integrante dello stile di vita.

Le strategie educative efficaci in questa fase si focalizzano sul sostegno continuo e sul rinforzo positivo, valorizzando i successi raggiunti e promuovendo la gratificazione personale. È inoltre fondamentale favorire l'acquisizione di strategie che permettano di affrontare situazioni a rischio di ricaduta, aumentando la resilienza e la capacità di gestione delle difficoltà. La revisione periodica degli obiettivi e la pianificazione di nuovi traguardi contribuiscono a mantenere la motivazione, stimolando un processo di miglioramento continuo (Nutbeam, 2000).

In termini pratici, questo approccio può tradursi nella programmazione di *follow-up* periodici, volti a monitorare la continuità dei comportamenti salutari e nel coinvolgimento della famiglia o del gruppo sociale, che fornisce supporto emotivo e motivazionale. Tali interventi aiutano l'individuo a consolidare le abitudini, favorendo il mantenimento di uno stile di vita sano nel lungo periodo.

1.2.6 Ricaduta

La ricaduta rappresenta una fase naturale del processo di cambiamento e non va interpretata come un fallimento, ma piuttosto come un'occasione di apprendimento e di rafforzamento

delle strategie future (Prochaska & Velicer, 1997). Può verificarsi in qualsiasi momento del percorso, fornendo informazioni preziose sui fattori che ostacolano il mantenimento delle nuove abitudini.

Dal punto di vista educativo, è fondamentale analizzare le cause in un'ottica non giudicante, al fine di identificare le difficoltà incontrate e pianificare azioni correttive. Questo processo comprende l'individuazione di nuove strategie e il rinforzo dell'autoefficacia e della motivazione, così da permettere all'individuo di riprendere il percorso di cambiamento con maggiore consapevolezza.

A livello pratico, gli interventi possono includere la ripresa graduale di un piano di attività fisica dopo un periodo di inattività o l'introduzione di modifiche alimentari progressive, basandosi sulle esperienze precedenti in modo da evitare errori ricorrenti. Il modello prevede che le ricadute facciano parte integrante del percorso e sottolinea l'importanza di strategie di supporto personalizzate, come rinforzi positivi o modifiche dell'ambiente quotidiano (DiClemente et al., 1991).

In ambito educativo, il MTC si rivela uno strumento utile per pianificare interventi di promozione dell'attività motoria e di stili di vita salutari, adattando le strategie alla fase di cambiamento in cui si trova ciascun individuo (Rossi, 2020; Ottman, 2018). In questo modo, anche le ricadute possono diventare momenti di apprendimento e di consolidamento delle nuove abitudini, piuttosto che ostacoli insormontabili.

1.3 Determinanti della salute e fattori di rischio: interazione tra conoscenze, atteggiamenti e contesto sociale

La salute non è semplicemente assenza di malattia, ma uno stato di completo benessere fisico, psicologico e sociale (WHO, 1948). I determinanti della salute rappresentano i fattori che influenzano questo stato e ne determinano l'evoluzione nel tempo. La letteratura li suddivide in diverse categorie, spesso interconnesse: biologici, comportamentali, sociali, economici e ambientali (Marmot & Wilkinson, 2005).

1.3.1 Determinanti biologici e genetici

I determinanti biologici e genetici comprendono le caratteristiche individuali innate o acquisite che influenzano lo stato di salute e la risposta ai comportamenti di promozione del benessere. Tra questi rientrano la genetica, le predisposizioni familiari a specifiche patologie, come obesità, diabete o malattie cardiovascolari, e fattori legati all'età, al sesso e allo sviluppo fisiologico. Anche lo stato di salute pregresso o concomitante può incidere sulla capacità dell'individuo di adottare e mantenere comportamenti salutari. Tali elementi sono riconducibili alla dimensione delle caratteristiche individuali della persona, considerate dalla letteratura tra i principali determinanti della salute (Dahlgren & Whitehead, 1991; Marmot & Wilkinson, 2005; World Health Organization, 2024). Sebbene molti di questi fattori non siano direttamente modificabili, la loro conoscenza risulta fondamentale per personalizzare interventi preventivi e programmi di promozione della salute, adeguandoli alle capacità, ai bisogni e ai limiti individuali dei destinatari. In contesti pratici, come corsi motori rivolti a bambini, adulti o soggetti con specifiche condizioni di salute, l'attenzione a tali determinanti permette di proporre attività sicure, graduate e mirate, riducendo il rischio di infortuni e favorendo un'esperienza positiva ed efficace di apprendimento motorio (American College of Sports Medicine, 2021).

1.3.2 Determinanti comportamentali

I determinanti comportamentali comprendono gli stili di vita, le abitudini e i comportamenti quotidiani che influenzano in maniera significativa la salute. Tra questi rientrano, ad esempio, l'alimentazione, il consumo di alcol, il fumo o ancora il livello di attività fisica, la sedentarietà, la gestione dello stress e la qualità del sonno. Questi fattori rappresentano il principale target degli interventi di promozione della salute, poiché, a differenza dei determinanti biologici, sono modificabili attraverso azioni mirate di educazione, motivazione e supporto comportamentale (Prochaska & DiClemente, 1983). In ambito motorio, ciò può tradursi in strategie volte ad aumentare il tempo dedicato all'attività fisica quotidiana, mediante esercizi strutturati e attività ludiche, integrando momenti educativi sul

riscaldamento, sulla postura e sulla prevenzione degli infortuni. Parallelamente, è utile promuovere la consapevolezza dei benefici dell'attività fisica, sia a breve che a lungo termine, evidenziando come essa contribuisca al benessere globale e alla qualità della vita.

1.3.3 Determinanti sociali e culturali

I determinanti sociali e culturali comprendono fattori quali il livello di istruzione, il reddito, l'appartenenza culturale, la rete sociale e il supporto familiare, che influenzano in modo significativo la possibilità di adottare e mantenere comportamenti salutari. L'Organizzazione Mondiale della Sanità definisce i determinanti sociali della salute come le condizioni in cui le persone nascono, crescono, vivono, lavorano e invecchiano, evidenziando come tali condizioni siano influenzate dalla distribuzione di potere, risorse e opportunità all'interno della società (World Health Organization, 2008; World Health Organization, 2025). Anche la letteratura sui determinanti sociali sottolinea il ruolo di fattori quali posizione socioeconomica, istruzione, reddito, occupazione, rete sociale e contesto culturale nel produrre differenze negli esiti di salute (Marmot & Wilkinson, 2005; Braveman & Gottlieb, 2014). Allo stesso tempo, elementi legati all'ambiente sociale e materiale, come la disponibilità di spazi per l'attività fisica, l'accesso a cibi sani e la presenza di modelli di riferimento positivi, giocano un ruolo cruciale nel favorire o ostacolare l'adozione di stili di vita salutari. Tali fattori non agiscono in modo isolato, ma interagiscono tra loro, influenzando le possibilità concrete delle persone di compiere scelte favorevoli alla salute. In termini pratici, questi fattori possono essere osservati, ad esempio, in un contesto scolastico, dove bambini che provengono da famiglie coinvolte nelle attività motorie o che hanno accesso a strutture sportive dedicate mostrano una maggiore partecipazione alle attività fisiche e una maggiore probabilità di mantenere comportamenti salutari nel tempo. La letteratura evidenzia infatti che il supporto dei genitori e del contesto sociale è positivamente associato ai livelli di attività fisica in bambini e adolescenti, confermando il ruolo della famiglia e della rete sociale nel sostenere comportamenti salutari (Mendonça et al., 2014; Su et al., 2022).

La considerazione di tali determinanti risulta quindi fondamentale nella progettazione di interventi educativi e preventivi, poiché permette di modulare le strategie in base alle risorse

disponibili, alle caratteristiche socio-culturali dei partecipanti e alle opportunità concrete offerte dal contesto di vita.

1.3.4 Determinanti ambientali e contestuali

I determinanti ambientali e contestuali si riferiscono all'ambiente fisico e sociale in cui l'individuo vive, studia, lavora e svolge le proprie attività quotidiane. Tali fattori possono facilitare oppure ostacolare l'adozione di stili di vita salutari, influenzando in particolare le opportunità di movimento, l'accesso a spazi sicuri e la possibilità di praticare attività fisica in modo regolare. Il *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC) sottolinea come l'ambiente costruito comprenda luoghi di vita, scuole, strade, marciapiedi, spazi aperti e sistemi di trasporto, elementi in grado di influenzare comportamenti individuali come attività fisica e alimentazione (CDC, 2024). Tra i principali determinanti ambientali rientrano la qualità dell'aria, la disponibilità di spazi verdi, la sicurezza dei percorsi pedonali, la presenza di piste ciclabili, strutture sportive, palestre, parchi e centri ricreativi. Anche le politiche pubbliche e i programmi educativi locali svolgono un ruolo significativo nel creare contesti favorevoli alla salute e nel promuovere comportamenti preventivi. In questa prospettiva, l'Organizzazione Mondiale della Sanità evidenzia la necessità di sviluppare ambienti attivi, sicuri e accessibili, capaci di favorire il movimento quotidiano attraverso cammino, ciclismo, sport e attività ricreative (World Health Organization, 2018; World Health Organization, 2024). In termini pratici, la presenza di parchi attrezzati, percorsi ciclopedonali e spazi pubblici sicuri rappresenta un importante incentivo all'attività motoria, aumentando le opportunità di esercizio fisico sia nella popolazione adulta sia in quella giovanile. Studi condotti sull'ambiente urbano hanno infatti mostrato che le caratteristiche del contesto fisico, come la progettazione urbana, l'accessibilità degli spazi, la presenza di infrastrutture per camminare e andare in bicicletta e la disponibilità di parchi, possono contribuire in modo significativo ai livelli di attività fisica della popolazione (Sallis et al., 2016; Zhang et al., 2022). La considerazione di tali fattori ambientali è quindi essenziale nella progettazione di interventi di promozione della salute, poiché permette di adattare le strategie educative alle opportunità e ai vincoli presenti nel contesto di vita dei destinatari. Un intervento realmente

efficace non dovrebbe quindi limitarsi alla modifica delle conoscenze individuali, ma dovrebbe tenere conto anche delle condizioni ambientali e organizzative che rendono concretamente possibile l'adozione e il mantenimento di comportamenti salutari.

1.3.5 Interazione tra conoscenze, atteggiamenti e contesto sociale

Il cambiamento comportamentale non dipende esclusivamente dalle conoscenze individuali, ma è influenzato anche dagli atteggiamenti, dalle motivazioni e dal contesto sociale in cui la persona vive. Ad esempio, un individuo può essere perfettamente consapevole dei rischi associati alla sedentarietà e dei benefici dell'attività fisica, ma non praticarla se non dispone di spazi adeguati, se manca il supporto motivazionale della famiglia o di un gruppo di pari, o se gli ostacoli percepiti, come tempo, costi o impegni quotidiani, appaiono insormontabili. Tale osservazione evidenzia come la promozione della salute richieda interventi integrati, che considerino non solo le conoscenze e le attitudini dell'individuo, ma anche l'ambiente circostante e le risorse disponibili. Approcci di questo tipo permettono di progettare strategie più efficaci e sostenibili nel tempo, capaci di facilitare l'adozione di comportamenti salutari e di ridurre le barriere contestuali al cambiamento (Green & Kreuter, 2005).

1.3.6 Implicazioni per la pratica educativa e motoria

La conoscenza dei determinanti della salute fornisce ai professionisti strumenti fondamentali per progettare interventi mirati e sicuri, capaci di favorire l'adozione di stili di vita salutari. In particolare, consente di sviluppare programmi motori personalizzati, integrando strategie educative rivolte alla modifica di comportamenti a rischio e promuovendo abitudini salutari in modo sostenibile nel tempo. Inoltre, la considerazione dei fattori sociali e ambientali permette di coinvolgere famiglie e comunità, massimizzando l'efficacia degli interventi e favorendo un contesto favorevole al cambiamento. Un approccio efficace, pertanto, non si limita alla semplice trasmissione di informazioni, ma crea condizioni che facilitano il cambiamento comportamentale, combinando aspetti individuali, sociali e ambientali. Tali interventi risultano coerenti con le indicazioni del MTC, garantendo metodologie didattiche strutturate e

adattabili alle diverse fasi del processo di modificazione del comportamento.

1.4 Ruolo educativo e progettuale nella promozione di comportamenti salutari

Il ruolo educativo dei professionisti in ambito sanitario, educativo e motorio è centrale per la promozione di comportamenti salutari, poiché essi non si limitano alla trasmissione di informazioni, ma accompagnano i destinatari in un percorso di apprendimento, consapevolezza e cambiamento comportamentale. In questa prospettiva, l'intervento educativo richiede una progettazione intenzionale, capace di integrare obiettivi formativi, contenuti, metodologie didattiche, strumenti comunicativi e modalità di valutazione. La progettazione di un percorso formativo, soprattutto quando mediata da strumenti digitali o organizzata in modalità *blended*, non può essere considerata una semplice sequenza di contenuti da erogare, ma deve essere costruita attraverso un processo che tenga conto dei destinatari, del contesto, degli obiettivi di apprendimento e delle strategie comunicative. Piras, Reyes e Trentin (2020) sottolineano infatti l'importanza di integrare progettazione didattica e progettazione della comunicazione nella realizzazione di corsi online, evidenziando la necessità di un linguaggio condiviso tra le diverse figure coinvolte nello sviluppo del percorso formativo. In ambito sanitario, tale prospettiva assume particolare rilevanza, poiché la formazione continua dei professionisti richiede il coinvolgimento di più figure e competenze nella costruzione di interventi efficaci. Bellini (2022) descrive la formazione continua online in sanità come un processo co-progettato, nel quale il contesto, l'azione progettuale e le figure di supporto contribuiscono alla realizzazione di percorsi formativi orientati allo sviluppo professionale e alla qualità degli interventi.

1.4.1 Pianificazione e analisi dei bisogni

La progettazione educativa efficace inizia con un'analisi approfondita dei bisogni dei destinatari. Questo processo implica innanzitutto la rilevazione del livello di conoscenze, competenze e atteggiamenti rispetto ai comportamenti salutari, al fine di comprendere le aree di forza e di possibile miglioramento. Secondo il *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), l'analisi dei bisogni formativi consente di identificare eventuali *gap* di conoscenze o

competenze e di stabilire se un intervento formativo sia effettivamente necessario.

Contestualmente, è necessario individuare le barriere e i facilitatori che possono influenzare la capacità di modificare comportamenti a rischio, considerando anche fattori sociali, culturali, organizzativi e ambientali che potrebbero incidere sull'efficacia dell'intervento. L'analisi dei bisogni costituisce quindi la base per definire obiettivi chiari, realistici e misurabili, coerenti con le caratteristiche del gruppo target e con il contesto in cui l'intervento verrà realizzato.

Un'attenta pianificazione iniziale permette non solo di aumentare l'efficacia dell'intervento, ma anche di adattare strategie e contenuti alle specifiche caratteristiche e risorse del gruppo di riferimento. In questo senso, la fase di analisi dei bisogni rappresenta un passaggio preliminare indispensabile per trasformare un contenuto formativo generale in un percorso educativo mirato, sostenibile e applicabile.

1.4.2 Progettazione dell'intervento educativo

La progettazione di un intervento educativo si articola in diverse fasi complementari, finalizzate a garantire coerenza tra obiettivi, contenuti, metodologie e strumenti di valutazione. In primo luogo, è fondamentale definire gli obiettivi formativi, ossia ciò che i partecipanti devono sapere, saper fare o essere in grado di realizzare al termine dell'intervento. Successivamente, occorre selezionare i contenuti più pertinenti, scegliendo informazioni, materiali e strumenti coerenti con gli obiettivi e con le caratteristiche del gruppo destinatario. In accordo con Piras, Reyes e Trentin (2020), la progettazione di un percorso formativo, in particolare *online* o *blended*, richiede attenzione non soltanto alla dimensione contenutistica, ma anche alla modalità con cui i contenuti vengono organizzati, comunicati e resi fruibili. La chiarezza della struttura, la coerenza tra materiali e obiettivi, la qualità della comunicazione didattica e l'uso consapevole delle risorse digitali rappresentano elementi fondamentali per favorire l'apprendimento. Un altro elemento chiave riguarda la scelta delle metodologie didattiche, che deve privilegiare approcci attivi e partecipativi, come attività interattive, lavori di gruppo, *role-playing*, laboratori pratici, utilizzo di video o giochi motori. Tali strategie consentono di stimolare l'apprendimento esperienziale e di facilitare il consolidamento delle competenze. In ambito sanitario, Bellini (2022) evidenzia inoltre l'importanza della co-progettazione nella formazione continua online, intesa come processo

che coinvolge diverse professionalità nella definizione di percorsi formativi efficaci e coerenti con i bisogni dei professionisti della salute. La progettazione deve inoltre prevedere un'organizzazione temporale delle attività che sia coerente, progressiva e sostenibile. Infine, è essenziale includere strumenti di valutazione sia formativa, da utilizzare durante l'intervento per monitorare l'apprendimento e le difficoltà dei partecipanti, sia sommativa, da applicare al termine del percorso per misurare l'acquisizione di conoscenze, abilità ed eventuali cambiamenti di atteggiamento.

1.4.3 Ruolo del professionista durante l'intervento

Durante l'erogazione di un intervento educativo, il professionista svolge un ruolo centrale nel facilitare l'apprendimento e nel sostenere il cambiamento comportamentale. In particolare, il suo compito consiste nel promuovere l'apprendimento attivo, coinvolgendo i partecipanti in discussioni, attività pratiche e simulazioni che stimolino la riflessione e l'esperienza diretta. Il professionista agisce quindi come facilitatore del processo educativo, aiutando i destinatari a collegare le conoscenze teoriche alla propria esperienza e al proprio contesto di vita o di lavoro. Questo ruolo risulta particolarmente rilevante nei percorsi orientati alla promozione della salute, nei quali l'obiettivo non è soltanto informare, ma favorire l'adozione consapevole di comportamenti salutari. Al contempo, il professionista motiva e supporta il processo di cambiamento, rinforzando i progressi, fornendo riscontri costruttivi e valorizzando i piccoli successi dei partecipanti. È inoltre importante che l'intervento venga adattato alle esigenze del gruppo: osservando le reazioni dei partecipanti, il professionista può modificare strategie e attività, garantendo che siano sempre coerenti con gli obiettivi formativi e con le capacità del gruppo. Infine, il monitoraggio dell'efficacia delle attività costituisce un compito essenziale, che comprende la raccolta di dati, l'osservazione dei comportamenti e la valutazione del raggiungimento degli obiettivi prefissati. Tale processo consente di migliorare progressivamente la qualità dell'intervento e di renderlo maggiormente rispondente ai bisogni dei destinatari.

1.4.4 Esempi pratici di interventi educativi

Gli interventi educativi possono essere adattati a diversi contesti, combinando aspetti teorici e pratici per favorire l'apprendimento e il cambiamento comportamentale. In ambito scolastico, ad esempio, è possibile proporre laboratori sul movimento e sull'alimentazione sana, integrando giochi motori e attività esperienziali che permettano ai bambini di comprendere concretamente i benefici dell'attività fisica e di uno stile di vita equilibrato. In contesti sanitari, gli interventi possono prevedere sessioni di *counselling* educativo, sia individuali sia di gruppo, finalizzate a promuovere l'adozione di stili di vita salutari, come la riduzione del fumo, il miglioramento dell'alimentazione o l'incremento dell'attività fisica. In questi casi, la progettazione deve tenere conto sia delle evidenze scientifiche disponibili sia delle caratteristiche specifiche dei destinatari, affinché le informazioni siano comprensibili, pertinenti e realmente applicabili. Anche nell'ambito motorio possono essere realizzati percorsi educativi interattivi che combinano esercizi pratici, osservazione dei propri comportamenti e momenti di riflessione guidata. Tali percorsi offrono un'esperienza di apprendimento attivo e consapevole, favorendo il collegamento tra conoscenze teoriche, esperienza corporea e cambiamento degli stili di vita. Questi esempi illustrano come gli interventi educativi possano essere progettati in maniera flessibile e contestualizzata, mantenendo sempre coerenza con gli obiettivi formativi e con le caratteristiche dei partecipanti. La qualità dell'intervento dipende quindi dalla capacità del professionista di integrare contenuti scientificamente fondati, metodologie didattiche appropriate e strategie comunicative efficaci.

1.4.5 Valutazione e follow-up

Un elemento centrale del ruolo educativo è la valutazione continua dell'efficacia dell'intervento. La valutazione formativa consente di intervenire tempestivamente qualora alcune attività non producano gli effetti desiderati, permettendo di adattare strategie e metodologie in corso d'opera. La valutazione sommativa, invece, permette di misurare i risultati finali, individuare punti di forza e criticità dell'intervento e fornire indicazioni utili per la progettazione di attività future. Il *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC)

sottolinea l'importanza di pianificare la valutazione fin dalle prime fasi dello sviluppo di un intervento formativo, definendone lo scopo, le domande valutative e i metodi di raccolta e analisi dei dati. In questa prospettiva, la valutazione non rappresenta una fase accessoria o conclusiva, ma un processo integrato nella progettazione dell'intervento. Il *follow-up* rappresenta un ulteriore strumento strategico, utile per monitorare il mantenimento delle conoscenze, delle competenze e dei comportamenti nel tempo. Nel caso degli interventi educativi orientati alla promozione della salute, esso consente di verificare se quanto appreso sia stato effettivamente trasferito nei contesti di vita, studio o lavoro dei partecipanti. Tale prospettiva è coerente con il *framework* valutativo del CDC, che considera la valutazione uno strumento utile per comprendere i programmi, migliorare il processo decisionale e rafforzare l'efficacia degli interventi. In sintesi, il professionista non si limita alla trasmissione di informazioni, ma accompagna, guida e sostiene i destinatari, creando percorsi personalizzati e flessibili che aumentano la probabilità di un cambiamento comportamentale sostenibile. In questo modo, la progettazione educativa diventa uno strumento strategico fondamentale, in grado di tradurre teoria e conoscenza in pratica efficace, coerente e adattabile ai diversi contesti.

1.5 Sintesi integrativa: dal modello teorico alla pratica professionale

La promozione della salute e il cambiamento comportamentale non possono essere considerati separatamente dai contesti in cui le persone vivono, studiano, lavorano e costruiscono le proprie abitudini quotidiane. In questa prospettiva, il TTM, integrato con la comprensione dei determinanti della salute, fornisce una base teorica utile per progettare interventi educativi mirati, progressivi e personalizzati (Prochaska & DiClemente, 1983; Marmot & Wilkinson, 2005). Gli stadi del cambiamento descritti dal TTM consentono di identificare la fase in cui si trova il destinatario dell'intervento e di modulare di conseguenza le strategie educative. Le persone in fase di precontemplazione, ad esempio, possono beneficiare maggiormente di attività informative e motivazionali, finalizzate ad aumentare consapevolezza e percezione del problema; al contrario, i soggetti che si trovano nelle fasi di azione o mantenimento necessitano soprattutto di strategie di rinforzo, supporto e

consolidamento del comportamento acquisito. Tale prospettiva permette di evitare interventi standardizzati e di orientare l'azione educativa in modo più coerente con il livello di disponibilità al cambiamento del destinatario. Parallelamente, la conoscenza dei determinanti biologici, comportamentali, sociali e ambientali della salute consente di adattare gli interventi alle caratteristiche individuali e al contesto di riferimento. La promozione di comportamenti salutari, infatti, non dipende esclusivamente dalla volontà individuale, ma è influenzata da fattori più ampi, quali condizioni sociali, livello di istruzione, ambiente familiare, contesto lavorativo, accesso alle risorse e opportunità concrete di scelta. In questo senso, un intervento educativo efficace deve considerare sia la dimensione individuale del cambiamento sia le condizioni contestuali che possono facilitarlo o ostacolarlo (Green & Kreuter, 2005; Nutbeam, 2000). Il ruolo del professionista sanitario, educativo e motorio diventa quindi centrale. Il professionista non si limita a trasmettere informazioni, ma accompagna, guida e sostiene il cambiamento attraverso percorsi progressivi, interattivi e contestualizzati. La progettazione educativa richiede un'analisi accurata dei bisogni del gruppo *target*, la definizione di obiettivi chiari, realistici e misurabili, la scelta di metodologie didattiche adeguate e l'impiego di strumenti di valutazione formativa e sommativa. In questa prospettiva, la progettazione didattica assume un ruolo strategico, soprattutto nei percorsi formativi *online* o *blended*, nei quali è necessario integrare contenuti, comunicazione, strumenti digitali e modalità di partecipazione attiva (Piras, Reyes, & Trentin, 2020). In ambito sanitario, la formazione continua e la progettazione educativa richiedono inoltre un approccio co-progettato, capace di coinvolgere diverse figure professionali e di adattare i percorsi ai bisogni reali dei destinatari. Bellini (2022) sottolinea come la formazione continua online in sanità debba essere costruita attraverso una relazione tra contesto, progettazione e figure di supporto, al fine di rendere l'esperienza formativa realmente utile allo sviluppo professionale e alla qualità degli interventi. In pratica, la teoria e la conoscenza dei determinanti della salute si traducono in interventi concreti, come la progettazione di percorsi motori personalizzati, attività educative integrate, laboratori esperienziali, interventi di *counselling* e momenti di riflessione guidata. Tali interventi devono tenere conto delle capacità individuali, della motivazione, del contesto sociale e delle risorse disponibili, promuovendo consapevolezza, partecipazione attiva e autoefficacia. Il monitoraggio continuo, la valutazione dei risultati e l'adattamento delle

strategie rappresentano elementi fondamentali per sostenere il cambiamento comportamentale nel tempo. Fondamentale è anche l'inserimento di strategie di *follow-up*, finalizzate a verificare il mantenimento delle competenze e dei comportamenti acquisiti. Il *follow-up* permette infatti di comprendere se l'intervento educativo abbia prodotto effetti stabili e se quanto appreso sia stato effettivamente trasferito nella pratica quotidiana, professionale o accademica. In questo senso, la valutazione non rappresenta soltanto una fase conclusiva, ma uno strumento continuo di monitoraggio, miglioramento e consolidamento dell'intervento. In sintesi, il collegamento tra TTM, determinanti della salute e progettazione educativa consente di sviluppare interventi di promozione della salute mirati, efficaci e trasferibili nella pratica professionale. La sintesi integrativa rappresenta quindi il ponte tra teoria e pratica, trasformando conoscenze e modelli concettuali in strumenti operativi concreti per migliorare lo stato di salute, il benessere e la qualità degli interventi rivolti ai destinatari.

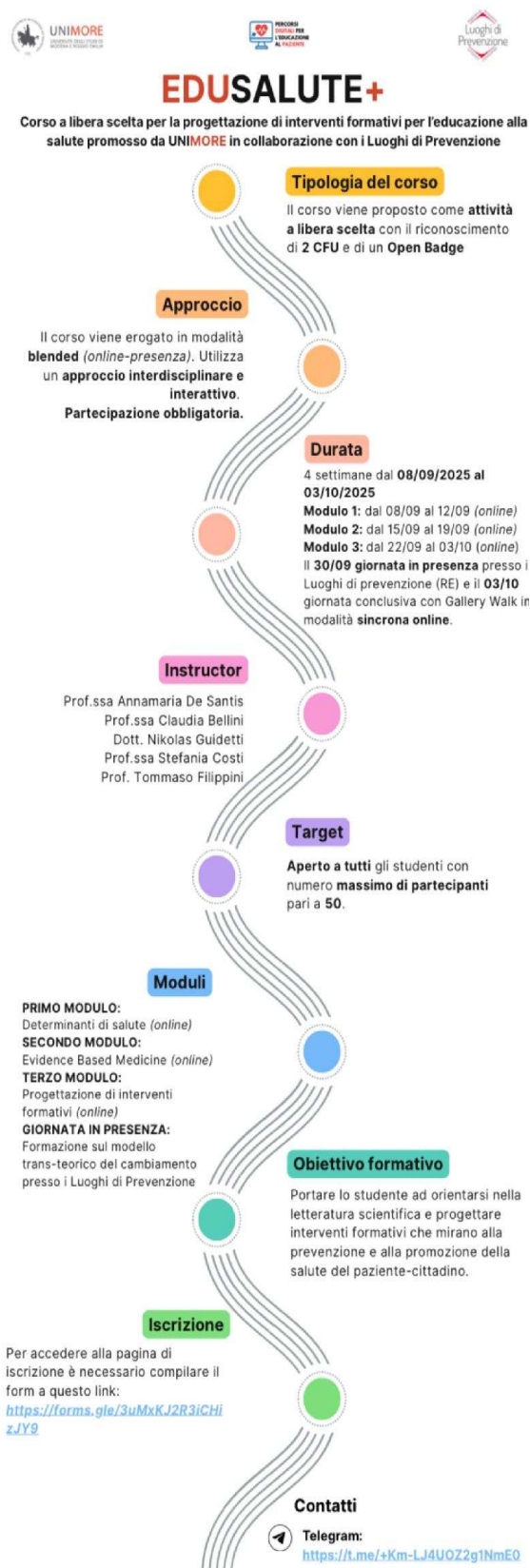
CAPITOLO 2

ANALISI DEL CORSO EDUSALUTE+ E DEL SUO IMPATTO

2.1 I luoghi della Prevenzione: struttura del corso e articolazione didattica

Il presente studio si inserisce all'interno del progetto di didattica multidisciplinare in ambito sanitario PEDEP – Percorsi Digitali per l'Educazione del Paziente, finanziato dai Fondi di Ateneo per la Ricerca 2025 del Dipartimento Chirurgico, Medico, Odontoiatrico e di Scienze Morfologiche dell'Università di Modena e Reggio Emilia. La figura 1 riporta il materiale informativo relativo al percorso formativo EDUSalute+, nel quale vengono presentate le principali informazioni organizzative e didattiche del corso. In particolare, viene indicato il titolo del percorso, EDUSalute+ e il suo inserimento all'interno del progetto PEDEP. Sono inoltre specificati il periodo di svolgimento, compreso tra l'8 settembre e il 10 ottobre 2025 e la modalità didattica *blended*, caratterizzata dalla combinazione di lezioni online asincrone e di un incontro finale in presenza. Il percorso online è articolato in tre moduli didattici progressivi, erogati attraverso la piattaforma *Dolly* dell'Università di Modena e Reggio Emilia. Ciascun modulo prevede materiali multimediali, attività interattive e prove di valutazione intermedie obbligatorie. Il superamento di tali prove costituisce requisito necessario per accedere al modulo successivo, favorendo una progressione strutturata dell'apprendimento. Nel complesso, il materiale presentato evidenzia la finalità principale del corso, orientata alla promozione di competenze educative, consapevolezza in ambito di salute e prevenzione, e capacità di applicare strumenti digitali e metodologici nell'educazione del paziente.

Figura 1



Il Modulo 1 – Determinanti della salute e stili di vita, a cura del Prof. Tommaso Filippini, è stato dedicato all'analisi dei principali determinanti della salute e del loro impatto sui comportamenti individuali e collettivi. Sono stati approfonditi i fattori di rischio legati agli stili di vita, tra cui il consumo di alcol, il fumo e le condizioni di sovrappeso e obesità, evidenziandone le implicazioni sulla salute. Parallelamente, è stato messo in luce il ruolo protettivo dell'attività fisica nella prevenzione delle patologie croniche e nel mantenimento del benessere generale.

Il Modulo 2 – Evidence Based Medicine (EBM), condotto dalla Prof.ssa Stefania Costi, ha introdotto i fondamenti dell'approccio basato sulle evidenze scientifiche, sottolineando l'importanza dell'integrazione tra ricerca e pratica professionale. In particolare, sono stati approfonditi i cinque passaggi dell'*evidence based practice* (EBP), supportato da materiali didattici e applicativi. Sono state inoltre presentate le principali fonti di evidenza scientifica, tra cui linee guida, revisioni sistematiche e database internazionali come *PubMed* e *Cochrane Library*, strumenti fondamentali per l'aggiornamento professionale.

Il Modulo 3 – Progettazione di interventi formativi, a cura della Prof.ssa Claudia Bellini e della Dott.ssa Annamaria De Santis, ha affrontato il tema della progettazione educativa nei contesti sanitari e motori. Il modulo ha posto particolare attenzione al ruolo educativo delle professioni sanitarie e motorie nel promuovere cambiamenti comportamentali, approfondendo l'analisi dei fabbisogni formativi, la definizione degli obiettivi e la scelta delle metodologie didattiche più efficaci. È stata inoltre evidenziata l'importanza della valutazione, sia formativa che sommativa, come strumento per monitorare l'apprendimento e l'efficacia degli interventi.

Il percorso si è concluso con un incontro in presenza presso i Luoghi della Prevenzione di Reggio Emilia (sede LILT), struttura dedicata alla promozione della salute e alla prevenzione dei comportamenti a rischio. L'incontro è stato articolato in tre momenti principali: una fase iniziale teorica, durante la quale sono stati approfonditi i fondamenti del Modello Transteorico del Cambiamento (Prochaska & DiClemente, 1984); una visita guidata agli spazi espositivi e ai percorsi interattivi, finalizzata alla conoscenza delle strategie educative utilizzate; e una

fase pratica di progettazione, in cui i partecipanti, suddivisi in piccoli gruppi, hanno sviluppato un intervento formativo coerente con i contenuti appresi. Ai fini del completamento del percorso e del conseguimento dell'attestato finale, è stata richiesta la realizzazione di un elaborato progettuale individuale o a coppie, da caricare sulla piattaforma *Dolly*, con l'obiettivo di consolidare e applicare le competenze teoriche e pratiche acquisite.

2.2 Obiettivi e ipotesi della ricerca

Il presente studio si propone di analizzare il trasferimento e l'applicazione nel tempo delle competenze acquisite durante il percorso formativo EDUSalute+, svolto presso i Luoghi della Prevenzione, valutando in che misura i partecipanti abbiano integrato tali conoscenze nella propria pratica professionale a distanza di quattro mesi dal termine del corso. In particolare, la ricerca intende indagare se, e in che modo, le conoscenze e le competenze relative al TTM, alla promozione della salute e alla progettazione educativa siano state effettivamente trasferite nei diversi contesti lavorativi. L'attenzione è rivolta all'utilizzo operativo degli strumenti appresi, al fine di comprendere in che misura il percorso formativo favorisca l'adozione di strategie educative coerenti con i processi di cambiamento comportamentale. Lo studio si propone inoltre di identificare gli elementi del percorso formativo percepiti come maggiormente utili e trasferibili nella pratica professionale, includendo strumenti operativi, metodologie didattiche e contenuti teorici. Parallelamente, si intende analizzare sia la frequenza di utilizzo delle competenze acquisite sia la propensione al loro impiego futuro, al fine di ottenere una visione complessiva del processo di training transfer, nonché la percezione di autoefficacia nell'applicazione delle competenze acquisite. Un ulteriore obiettivo consiste nell'individuare eventuali differenze tra i diversi profili professionali dei partecipanti (allenatori, educatori e professionisti sanitari) in termini di applicazione delle competenze e percezione di utilità. Inoltre, la ricerca mira a rilevare eventuali barriere e fattori facilitanti che influenzano il trasferimento delle competenze e i bisogni formativi residui, con l'obiettivo di fornire indicazioni utili per la progettazione di interventi formativi futuri più efficaci e contestualizzati. Si ipotizza che, a distanza di quattro mesi dal termine del percorso formativo, una quota significativa dei partecipanti abbia applicato almeno parzialmente le competenze acquisite nel proprio contesto professionale. Si prevede inoltre una percezione

complessivamente positiva dell'utilità del corso e una buona propensione all'utilizzo futuro delle competenze apprese. Infine, si ipotizza la presenza di differenze tra i diversi profili professionali in relazione alle modalità e al livello di applicazione delle competenze nel contesto lavorativo.

2.3 Campione, criteri di inclusione e caratteristiche dei partecipanti

Il campione dello studio è costituito dai partecipanti al percorso formativo EDUSalute+ che hanno compilato il questionario di *follow-up* somministrato a quattro mesi dal termine del corso. Complessivamente, il campione è formato da N = 13 partecipanti, appartenenti a diversi ambiti professionali coinvolti nella promozione della salute, quali professioni sanitarie, educative, psicologiche e motorie. I criteri di inclusione hanno previsto la partecipazione al percorso formativo EDUSalute+, la compilazione del questionario di *follow-up* e la firma del consenso informato per l'utilizzo dei dati a fini di ricerca. Non sono stati inclusi nell'analisi i partecipanti che non hanno completato il *follow-up*, al fine di garantire coerenza e affidabilità nella valutazione del trasferimento delle competenze nel tempo.

Per quanto riguarda le caratteristiche demografiche, il campione risulta composto esclusivamente da partecipanti di sesso femminile (n = 13; 100%), con un'età media pari a 38,2 anni (DS = 10,3), compresa tra 21 e 52 anni.

Dal punto di vista formativo, le partecipanti risultano prevalentemente iscritte a corsi di laurea in ambito sanitario e psicologico, con particolare riferimento a Scienze Infermieristiche e Ostetriche e Scienze e Tecnologie Psicologiche, affiancate da altri percorsi in area educativa e della salute, come Scienze Motorie.

Per quanto riguarda il profilo professionale, il campione risulta eterogeneo e comprende infermiere, case manager, educatrici, studentesse universitarie, personale amministrativo, una partecipante disoccupata e professioniste del settore fitness. Gli anni di esperienza lavorativa presentano un ampio intervallo, da meno di un anno fino a oltre vent'anni di attività, evidenziando una significativa variabilità del livello di *expertise* professionale.

Tuttavia, a causa della ridotta numerosità del campione, non sono state effettuate analisi

comparative tra i diversi profili professionali, poiché il numero limitato di partecipanti non avrebbe consentito un confronto statistico affidabile.

Nel complesso, il campione risulta omogeneo rispetto alla partecipazione al percorso formativo e coerente con gli obiettivi dello studio, pur presentando alcune limitazioni legate alla ridotta numerosità campionaria e alla distribuzione non bilanciata per genere.

2.4 Strumenti di raccolta dati: modalità di somministrazione e questionario

Per la raccolta dei dati, a quattro mesi dal termine del corso, è stato somministrato online un questionario di *follow-up*, finalizzato a rilevare l'apprendimento percepito e l'applicazione pratica delle competenze acquisite nel tempo. Lo strumento utilizzato si basa sul modello *Example Postcourse and Follow-Up Training Evaluations* sviluppato dal *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, n.d.), impiegato come riferimento principale per la valutazione del *follow-up*. Il *Motivated Strategies for Learning Questionnaire* (MSLQ) è stato considerato esclusivamente come riferimento teorico per l'interpretazione di alcuni aspetti legati alla motivazione e alle strategie di apprendimento.

2.4.1 Struttura del questionario di follow up adattato dal modello CDC

Nella presente ricerca è stato utilizzato un questionario di follow-up elaborato a partire dal modello *Example Postcourse and Follow-Up Training Evaluations*, sviluppato dal *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, s.d.). Lo strumento è stato adattato agli obiettivi del percorso formativo EDUSalute+, con particolare attenzione alla valutazione del trasferimento delle conoscenze e delle competenze acquisite nei contesti professionali e/o accademici delle partecipanti. La tabella 1 riporta la struttura del questionario utilizzato nello studio, sintetizzando le principali sezioni. Per ciascuna sezione vengono indicati il tipo di domande previste, la finalità conoscitiva e gli item inseriti nel questionario. Una prima parte dello strumento è dedicata alla raccolta delle informazioni demografiche, formative e professionali delle partecipanti, utili per descrivere le caratteristiche del campione e contestualizzare

l'interpretazione dei dati. Le sezioni successive indagano l'applicazione pratica dei contenuti appresi durante il corso, con riferimento allo scenario dell'educazione alla salute, ai determinanti della salute e agli stili di vita, all'utilizzo delle banche dati e delle fonti istituzionali, al TTM e alla progettazione di interventi formativi. Il questionario comprende inoltre *item* finalizzati a rilevare i principali fattori che hanno ostacolato o facilitato l'utilizzo dei contenuti acquisiti, nonché domande volte a comprendere quali aspetti del corso siano stati effettivamente applicati nel lavoro o nel percorso di studi. Sono infine presenti domande relative agli effetti percepiti della formazione, al possibile supporto nella collaborazione con i colleghi, alla disponibilità a consigliare il corso ad altre persone e all'autovalutazione delle conoscenze e competenze maturate dopo il percorso formativo.

Tabella 1- struttura del questionario di follow-up adattato dal modello CDC

SEZIONE	TIPO DI DOMANDE	FINALITA'	ITEM DEL QUESTIONARIO
Dati demografici e formativi	Risposte chiuse e domande a risposta breve	Comprendere le caratteristiche generali del campione	Genere; età; corso di laurea di appartenenza; professione principale; anni di lavoro nella professione.

Applicazione pratica dei contenuti	Domande chiuse	Valutare il trasferimento delle conoscenze acquisite nel lavoro o nel percorso di studi	“Hai utilizzato i contenuti relativi allo scenario dell’educazione alla salute?”; “Hai utilizzato i contenuti relativi ai determinanti della salute e stili di vita?”; “Hai utilizzato i contenuti relativi alle banche dati e alle fonti istituzionali?”; “Hai utilizzato i contenuti relativi al modello transteorico?”; “Hai utilizzato i contenuti relativi alla progettazione di interventi formativi?”
Fattori ostacolanti	Domande chiuse a scelta multipla con possibilità di risposta “Altro”	Individuare gli elementi che hanno limitato l’utilizzo dei contenuti appresi	“Quali fattori ti hanno impedito di utilizzare i contenuti di questo corso nel tuo lavoro o nel tuo percorso di studi?”
Fattori facilitanti	Domande chiuse a scelta multipla con possibilità di risposta “Altro”	Individuare gli elementi che hanno favorito l’applicazione dei contenuti appresi	“Quali fattori ti hanno aiutato ad utilizzare i contenuti di questo corso nel tuo lavoro o nel tuo percorso di studi?”

Contenuti utilizzati	Domanda aperta	Rilevare quali contenuti del corso sono stati concretamente applicati	“Se hai utilizzato qualcosa, cosa hai utilizzato di questo corso?”
Effetti percepiti del corso	Domande chiuse a scelta multipla con possibilità di risposta “Altro”	Valutare i cambiamenti percepiti come conseguenza della partecipazione al corso	“Come risultato di questo corso...”
Collaborazione con i colleghi	Domande chiuse a scelta multipla con possibilità di risposta “Altro”	Comprendere se le conoscenze acquisite hanno avuto ricadute nella relazione o collaborazione con i	“In che modo ciò che hai imparato ti ha aiutato con i tuoi colleghi?”
Percezione di utilità della formazione	Domanda chiusa	Valutare l'utilità percepita del percorso formativo	“Consigliaresti questa formazione ad altre persone?”

Autovalutazione delle conoscenze e competenze	Scala Likert da 1 a 5	Stimare il livello percepito di competenza dopo il corso	“Dai un voto alla tua conoscenza dello scenario dell’educazione alla salute”; “Dai un voto alla tua conoscenza dei determinanti della salute”; “Dai un voto alla tua conoscenza delle banche dati e fonti istituzionali”; “Dai un voto alla tua conoscenza del modello transteorico”; “Dai un voto alla tua competenza di progettazione di interventi formativi”
---	-----------------------	--	---

Per la presente ricerca è stata utilizzata esclusivamente la sezione di *follow-up* del questionario *Example Postcourse and Follow-Up Training Evaluations* sviluppato dal *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC, s.d.). Tale scelta è stata motivata dall’obiettivo specifico dello studio, incentrato sulla valutazione del trasferimento delle competenze nel tempo, piuttosto che sulla sola soddisfazione immediata delle partecipanti al termine del percorso formativo. Il questionario di *follow-up* è stato quindi impiegato per indagare se e in che misura le conoscenze e le competenze acquisite durante il corso EDUSalute+ siano state trasferite nei contesti professionali e/o accademici delle partecipanti. In questo modo, lo strumento ha consentito di valutare l’efficacia dell’intervento formativo non solo in termini di apprendimento percepito, ma anche rispetto alla sua possibile applicazione pratica a distanza di quattro mesi dalla conclusione del corso. Per rendere lo strumento maggiormente coerente con gli obiettivi della ricerca, la sezione di *follow-up* è stata integrata con alcune domande aggiuntive. In primo luogo, sono state raccolte informazioni demografiche, formative e professionali, quali genere, età, corso di laurea di appartenenza, professione principale e anni

di esperienza lavorativa. Tali dati sono stati utilizzati per descrivere il campione e contestualizzare l'interpretazione dei risultati. Sono state inoltre inserite domande specifiche relative all'utilizzo dei principali contenuti trattati nel percorso formativo, con particolare riferimento all'educazione alla salute, ai determinanti della salute, alle banche dati e fonti istituzionali, al TTM e alla progettazione di interventi formativi. Ulteriori *item* hanno permesso di esplorare i fattori facilitanti e ostacolanti il trasferimento delle competenze, gli effetti percepiti del corso e il livello di autovalutazione delle conoscenze e competenze dopo il percorso formativo.

2.5 Strategie di analisi dei dati

I dati raccolti tramite il questionario di *follow-up* sono stati analizzati con un approccio prevalentemente descrittivo, coerentemente con la natura esplorativa dello studio e con la ridotta numerosità del campione ($N = 13$). In una prima fase, le variabili socio-demografiche, formative e professionali sono state analizzate mediante frequenze assolute e relative. Per la variabile età sono state inoltre calcolate media, deviazione standard, valore minimo e valore massimo, al fine di descrivere in modo più completo le caratteristiche del campione. Successivamente, sono stati analizzati gli item relativi all'utilizzo dei contenuti del corso nei contesti professionali e/o accademici delle partecipanti. Le risposte a tali domande sono state codificate attribuendo valori numerici progressivi, in modo da permettere il calcolo delle principali statistiche descrittive. In particolare, sono stati calcolati media, deviazione standard, valore minimo e valore massimo, oltre alle frequenze assolute e percentuali delle risposte. Gli *item* di autovalutazione delle conoscenze e competenze dopo il corso, misurati mediante scala *Likert* a cinque punti, sono stati analizzati attraverso statistiche descrittive, includendo media, deviazione standard, valore minimo e valore massimo. Tale analisi ha permesso di descrivere il livello percepito di competenza delle partecipanti rispetto ai principali contenuti del percorso formativo, quali educazione alla salute, determinanti della salute, banche dati e fonti istituzionali, Modello Transteorico del Cambiamento e progettazione di interventi formativi. Le domande a scelta multipla relative agli effetti percepiti del corso, ai fattori facilitanti e ostacolanti il trasferimento delle competenze e al supporto nella relazione con i

colleghi sono state analizzate mediante frequenze assolute e percentuali, al fine di individuare le risposte maggiormente ricorrenti all'interno del campione. Le risposte aperte sono state sottoposte ad analisi tematica, attraverso la lettura dei contenuti, la codifica delle risposte e l'individuazione di macro-categorie interpretative. Tale procedura ha consentito di approfondire qualitativamente i contenuti effettivamente utilizzati dalle partecipanti, nonché i principali elementi percepiti come facilitanti o ostacolanti il trasferimento delle competenze acquisite. Data la numerosità limitata del campione, non sono stati effettuati confronti statistici tra sottogruppi. L'interpretazione dei risultati è stata pertanto condotta in ottica descrittiva ed esplorativa, con l'obiettivo di comprendere il grado di trasferimento delle competenze nel tempo e di individuare possibili indicazioni utili al miglioramento futuro del percorso formativo.

2.6 Risultati del follow-up: applicazione pratica delle conoscenze e competenze acquisite

L'analisi dei dati raccolti attraverso il questionario di *follow-up* ha avuto l'obiettivo di valutare se e in che misura le conoscenze e le competenze acquisite durante il percorso formativo EDUSalute+ siano state trasferite nei contesti professionali e/o accademici delle partecipanti. In questa sezione vengono presentati prima i risultati quantitativi relativi agli item del questionario e successivamente, i risultati qualitativi emersi dall'analisi tematica delle risposte aperte. Per gli item relativi all'utilizzo dei contenuti del corso è stata attribuita una codifica numerica alle risposte, assegnando il valore 1 alla risposta "No", il valore 2 alla risposta "In parte" e il valore 3 alla risposta "Sì". Tale procedura ha permesso di calcolare le principali statistiche descrittive, ovvero media, deviazione standard, valore minimo e valore massimo. Per una maggiore chiarezza interpretativa, sono state inoltre riportate le frequenze assolute e percentuali delle risposte.

I risultati riportati nella Tabella 2 evidenziano un'applicazione complessivamente positiva dei contenuti appresi durante il percorso formativo, seppur con differenze tra i diversi ambiti. I contenuti maggiormente utilizzati risultano quelli relativi allo scenario dell'educazione alla salute, indicati come utilizzati da 8 partecipanti su 13 (61,5%) e in parte dalle restanti 5 partecipanti (38,5%). Nessuna partecipante ha dichiarato di non averli utilizzati.

Un andamento simile si osserva per i determinanti della salute e gli stili di vita, utilizzati da 8 partecipanti (61,5%) e in parte da 4 partecipanti (30,8%), con una sola risposta negativa. Anche la progettazione di interventi formativi mostra un buon livello di trasferimento, con 7 partecipanti (53,8%) che dichiarano di aver utilizzato tali contenuti e 5 partecipanti (38,5%) che riferiscono un utilizzo parziale. Questi dati suggeriscono che i contenuti più direttamente collegati alla pratica educativa, alla promozione della salute e alla progettazione di attività formative siano risultati più facilmente applicabili nei contesti professionali e/o accademici. Al contrario, gli item relativi all'utilizzo delle banche dati e delle fonti istituzionali e al TTM mostrano un'applicazione più eterogenea. Le banche dati e le fonti istituzionali sono state utilizzate da 4 partecipanti (30,8%), in parte da 7 partecipanti (53,8%) e non utilizzate da 2 partecipanti (15,4%). Il TTM presenta una distribuzione ancora più variabile: 6 partecipanti (46,2%) dichiarano di averlo utilizzato, 3 (23,1%) in parte e 4 (30,8%) di non averlo utilizzato. Tale risultato suggerisce che gli strumenti metodologici più complessi possono richiedere tempi più lunghi di consolidamento e maggiori occasioni pratiche di applicazione. Per quanto riguarda l'autovalutazione delle conoscenze e competenze dopo il corso, le partecipanti hanno espresso il proprio livello percepito su una scala da 1 a 5, dove 1 corrispondeva a "per niente esperto/competente" e 5 a "completamente esperto/competente".

Tabella 2 - Utilizzo dei contenuti del corso nel lavoro o nel percorso di studi

Contenuto del corso	Sì n (%)	In parte n (%)	No n (%)	Media	DS	Min-Max
Scenario dell'educazione alla salute	8 (61,5%)	5 (38,5%)	0 (0,0%)	2,62	0,51	2-3
Determinanti della salute e stili di vita	8 (61,5%)	4 (30,8%)	1 (7,7%)	2,54	0,66	1-3

Banche dati e fonti istituzionali	4 (30,8%)	7 (53,8%)	2 (15,4%)	2,15	0,69	1-3
MTD	6 (46,2%)	3 (23,1%)	4 (30,8%)	2,15	0,90	1-3
Progettazione di interventi formativi	7 (53,8%)	5 (38,5%)	1 (7,7%)	2,46	0,66	1-3

Come riportato nella Tabella 3, le autovalutazioni mostrano valori medi complessivamente elevati. I punteggi più alti riguardano i determinanti della salute e gli stili di vita, con una media pari a 4,08, seguiti dallo scenario dell'educazione alla salute e dalla progettazione di interventi formativi, entrambi con media pari a 4,00. Questi risultati indicano una buona percezione di competenza da parte delle partecipanti rispetto agli ambiti più direttamente collegati alla promozione della salute e alla progettazione educativa. Valori medi leggermente inferiori si osservano invece per le banche dati e le fonti istituzionali, con media pari a 3,69, e per il TTM, con media pari a 3,77. Quest'ultimo *item* presenta anche la deviazione standard più elevata ($DS = 1,01$), indicando una maggiore variabilità nelle risposte. Tale variabilità suggerisce che il livello di consolidamento del modello non sia uniforme tra le partecipanti e che alcune di esse possano aver incontrato maggiori difficoltà nell'integrare questo strumento nella propria pratica. Sono stati inoltre analizzati gli *item* a risposta multipla relativi agli effetti percepiti del corso, ai fattori facilitanti e ostacolanti il trasferimento delle competenze e al supporto nella relazione con i colleghi.

Tabella 3 - Autovalutazione delle conoscenze e competenze dopo il corso

Ambito valutato	Media	DS	Min-Max
Scenario dell'educazione alla salute	4,00	0,71	3-5
Determinanti della salute e stili di vita	4,08	0,49	3-5
Banche dati e fonti istituzionali	3,69	0,75	2-5
Modello Transteorico del Cambiamento	3,77	1,01	2-5
Progettazione di interventi formativi	4,00	0,71	3-5

I dati riportati nella Tabella 4 mostrano, invece, che il principale effetto percepito del corso è l'aumento delle competenze, indicato da 9 partecipanti su 13 (69,2%). Un ulteriore effetto rilevante riguarda lo sviluppo di strategie utilizzabili nella pratica, riportato da 6 partecipanti (46,2%). Questo dato conferma che il percorso formativo non è stato percepito soltanto come occasione di acquisizione teorica, ma anche come strumento potenzialmente utile per la pratica professionale e/o accademica. Tra i fattori facilitanti, l'elemento più frequentemente indicato è la possibilità di applicare concretamente quanto appreso, riportata da 7 partecipanti (53,8%). Seguono la presenza di promemoria o materiali di supporto sui concetti chiave (38,5%) e la disponibilità di risorse nell'ambiente di lavoro (30,8%). Questi dati evidenziano l'importanza del contesto applicativo e della disponibilità di strumenti di supporto nel favorire il trasferimento delle competenze. Per quanto riguarda i fattori ostacolanti, 6 partecipanti (46,2%) dichiarano di non aver incontrato ostacoli rilevanti, avendo utilizzato i contenuti nel proprio lavoro o percorso di studi. Tuttavia, alcune partecipanti segnalano la necessità di ulteriore formazione (23,1%), la mancanza di opportunità concrete di applicazione (15,4%) e

il mancato supporto del contesto lavorativo o formativo (15,4%). Tali elementi suggeriscono che il trasferimento delle competenze non dipenda esclusivamente dall'apprendimento individuale, ma anche dalle condizioni organizzative e dalle possibilità concrete di utilizzo.

Infine, rispetto alla relazione con i colleghi, l'effetto più frequente riguarda la condivisione di informazioni per migliorare l'educazione del paziente, indicata da 8 partecipanti (61,5%). Seguono il miglioramento della comunicazione con i colleghi (46,2%) e l'individuazione di cambiamenti necessari nella pratica (38,5%). Questi risultati suggeriscono che il corso abbia avuto una ricaduta non solo individuale, ma anche relazionale e collaborativa. Accanto ai dati quantitativi, sono state analizzate le risposte aperte del questionario attraverso un'analisi tematica. Le risposte sono state lette e raggruppate in nuclei ricorrenti, con l'obiettivo di individuare i principali contenuti effettivamente utilizzati e i significati attribuiti dalle partecipanti all'esperienza formativa.

Tabella 4 - Effetti percepiti, fattori facilitanti e ostacolanti

Area indagata	Risposta/tema	n (%)
Effetti percepiti del corso	Ho aumentato le mie competenze	9 (69,2%)
Effetti percepiti del corso	Ho sviluppato strategie che utilizzo nella pratica	6 (46,2%)
Effetti percepiti del corso	Ho mantenuto le mie competenze	2 (15,4%)
Effetti percepiti del corso	Ho migliorato la mia performance	2 (15,4%)
Fattori facilitanti	Ho avuto l'opportunità di applicare quanto appreso	7 (53,8%)
Fattori facilitanti	Ho ricevuto promemoria o materiali sui concetti chiave	5 (38,5%)

Fattori facilitanti	Ho avuto le risorse necessarie nel mio ambiente	4 (30,8%)
Fattori facilitanti	I colleghi mi hanno supportato nell'utilizzare	3 (23,1%)
Fattori ostacolanti	Nessun ostacolo, contenuti utilizzati nel lavoro o nello studio	6 (46,2%)
Fattori ostacolanti	Necessità di ulteriore formazione sull'argomento	3 (23,1%)
Fattori ostacolanti	Mancanza di opportunità per applicare quanto appreso	2 (15,4%)
Fattori ostacolanti	Mancato supporto del responsabile, dei docenti o del contesto dirigenziale	2 (15,4%)
Relazione con i colleghi	Ho condiviso informazioni con i colleghi per migliorare l'educazione del paziente	8 (61,5%)
Relazione con i colleghi	Ho migliorato la comunicazione con i colleghi	6 (46,2%)
Relazione con i colleghi	Ho individuato cambiamenti necessari nella pratica	5 (38,5%)
Relazione con i colleghi	Ho aumentato la partecipazione nei processi decisionali condivisi	4 (30,8%)

Infine, l'analisi tematica evidenzia che le partecipanti hanno utilizzato soprattutto contenuti legati agli stili di vita, ai determinanti della salute, al TTM e alla progettazione di interventi formativi. Le risposte aperte mostrano quindi una buona coerenza con i risultati quantitativi:

i contenuti maggiormente trasferiti sono quelli percepiti come più vicini alla pratica professionale o al percorso di studi. In particolare, il TTM compare in diverse risposte aperte, anche se nei dati quantitativi presenta un livello di utilizzo più variabile. Questo elemento suggerisce che, per alcune partecipanti, il modello sia stato effettivamente interiorizzato e applicato, mentre per altre possa essere rimasto più difficile da utilizzare in modo sistematico. Analogamente, la progettazione di interventi formativi emerge come contenuto applicato in diversi contesti, confermando la rilevanza operativa di questo ambito.

Le risposte aperte relative agli ostacoli e ai facilitatori confermano inoltre che il trasferimento delle competenze è favorito dalla possibilità concreta di applicare quanto appreso, dalla presenza di materiali di supporto e dalla disponibilità di risorse nel contesto lavorativo o formativo. Al contrario, la mancanza di occasioni pratiche, il bisogno di ulteriore formazione e il limitato supporto organizzativo possono rappresentare elementi di ostacolo all'utilizzo stabile delle competenze. Nel complesso, l'integrazione tra dati quantitativi e analisi qualitativa evidenzia un generale trasferimento delle competenze acquisite durante il percorso formativo EDUSalute+ nella pratica professionale e/o accademica delle partecipanti, seppur con livelli di applicazione eterogenei. Si osserva una maggiore stabilità del *transfer* per i contenuti di natura teorico-operativa, quali educazione alla salute, determinanti della salute e progettazione di interventi educativi, che risultano più facilmente integrabili nelle attività quotidiane. Al contrario, gli strumenti metodologici a maggiore complessità applicativa, come l'uso sistematico di banche dati scientifiche e l'applicazione strutturata del TTM, mostrano una fase di consolidamento ancora in evoluzione. Questo risultato suggerisce la necessità di prevedere strategie di rinforzo nel tempo, come momenti di richiamo, supervisione o applicazione guidata, al fine di favorire un'adozione più stabile di tali strumenti. Nel complesso, i risultati indicano che il trasferimento delle competenze non avviene in modo uniforme, ma segue una logica selettiva: risultano maggiormente trasferibili le conoscenze immediatamente spendibili nei contesti operativi, mentre appaiono più difficili da consolidare quelle che richiedono un cambiamento metodologico più profondo.

Tabella 5 - Analisi tematica delle risposte aperte

Area tematica	Contenuti emersi dalle risposte	Esempi di risposte	Frequenza indicativa
Applicazione dei contenuti su stili di vita e determinanti della salute	Utilizzo dei contenuti relativi ad alimentazione, stili di vita sani, comorbidità e promozione della salute	“Stili di vita sani relativi all'alimentazione del paziente diabetico”; “Stili di vita sani per pazienti con diverse comorbidità”	3
Utilizzo del Modello Transteorico del Cambiamento	Applicazione del modello transteorico in ambito educativo, motorio o nella progettazione di interventi	“Il modello transteorico”; “Principi del modello transteorico”; “Modello transteorico nel ballo”	5
Progettazione di interventi formativi	Utilizzo dei contenuti per progettare percorsi, interventi o attività formative	“Progettare percorso formativo e determinanti di salute”; “Capacità di progettare un intervento sugli stili di vita”	4

Utilizzo di materiali, appunti e banche dati	Ricorso a materiali forniti durante il corso, appunti, videopillole e ricerche nelle banche dati	“Le ricerche nelle banche dati”; “Il materiale fornito nella giornata in presenza e gli appunti presi dalle videopillole”	2
Acquisizione di nuove nozioni e concetti	Rielaborazione generale delle conoscenze apprese durante il corso	“Nuove nozioni e concetti poi messi in pratica”; “Modalità e alcuni contenuti”	2

2.7 Interpretazione dei risultati alla luce del Modello Transteorico e dei determinanti della salute

I risultati ottenuti possono essere interpretati alla luce del TTM, che descrive il cambiamento comportamentale come un processo progressivo, non lineare e caratterizzato da differenti livelli di consolidamento nel tempo. In questa prospettiva, il trasferimento delle competenze acquisite durante il percorso formativo EDUSalute+ non può essere considerato un esito immediato e automatico della formazione, ma piuttosto il risultato di un percorso graduale di interiorizzazione, rielaborazione e applicazione nei contesti professionali e/o accademici delle partecipanti. La variabilità riscontrata nei livelli di applicazione delle competenze suggerisce che il processo di trasferimento non si realizza in modo uniforme. Alcune partecipanti sembrano aver già integrato in modo concreto i contenuti appresi nella propria pratica quotidiana, mentre altre mostrano un utilizzo ancora parziale o intermittente, soprattutto per quanto riguarda gli strumenti metodologici più complessi. Tale dato può essere letto, in termini interpretativi, come espressione di diversi livelli di maturazione del cambiamento

professionale, coerentemente con l'idea di progressività proposta dal Modello Transteorico. Questa eterogeneità può essere ricondotta all'interazione tra fattori individuali, formativi e contestuali. Da un lato, la possibilità di applicare in modo sistematico le competenze acquisite sembra dipendere dalla presenza di occasioni concrete di utilizzo, dalla disponibilità di tempo, dalla motivazione personale e dalla coerenza tra i contenuti del corso e il proprio ambito professionale o di studio. Dall'altro lato, il trasferimento appare favorito dalla presenza di materiali di supporto, risorse adeguate e contesti lavorativi o formativi aperti all'applicazione di nuove conoscenze. Alla luce dei determinanti della salute, i risultati assumono un ulteriore significato. I contenuti relativi agli stili di vita, alla prevenzione e alla promozione della salute risultano tra quelli maggiormente applicati, probabilmente perché più facilmente collegabili alla pratica educativa, assistenziale e formativa delle partecipanti. Ciò suggerisce che le competenze legate ai determinanti della salute siano state percepite come immediatamente spendibili e utili per comprendere meglio i bisogni delle persone e per orientare interventi educativi più consapevoli. Al contrario, strumenti quali l'utilizzo sistematico delle banche dati scientifiche e l'applicazione strutturata del TTM sembrano richiedere un processo di consolidamento più lungo. Questi contenuti, infatti, implicano non solo l'acquisizione di conoscenze teoriche, ma anche lo sviluppo di competenze metodologiche e la capacità di applicarle in modo intenzionale nella progettazione e valutazione degli interventi. Nel complesso, i risultati evidenziano come il training transfer rappresenti un processo multifattoriale e dinamico, nel quale l'acquisizione delle conoscenze costituisce solo una fase iniziale di un percorso più ampio. Affinché le competenze apprese possano tradursi in un cambiamento stabile della pratica professionale, risultano necessari tempi di assimilazione, occasioni concrete di applicazione, supporto contestuale e strategie di rinforzo nel tempo.

2.8 Discussione dei risultati

I risultati emersi dallo studio offrono importanti spunti di riflessione per la progettazione e l'implementazione di interventi educativi in ambito sanitario, educativo e motorio. In particolare, i dati evidenziano come il trasferimento delle competenze acquisite non dipenda unicamente dalla qualità della formazione, ma anche dalla possibilità concreta di applicare quanto appreso nei contesti professionali e/o accademici delle partecipanti. Questa interpretazione risulta coerente con il modello teorico proposto da Baldwin e Ford (1988), secondo cui il trasferimento della formazione è influenzato dall'interazione tra caratteristiche dei partecipanti, progettazione dell'intervento formativo e ambiente di lavoro. Gli autori descrivono il transfer non solo come generalizzazione delle competenze apprese al contesto lavorativo, ma anche come mantenimento di tali competenze nel tempo. In questa prospettiva, il *follow-up* a quattro mesi utilizzato nel presente studio consente di osservare non soltanto l'apprendimento immediato, ma anche una prima forma di applicazione e consolidamento delle competenze nella pratica. La variabilità osservata nei livelli di utilizzo delle competenze suggerisce che il training transfer risulti più efficace quando esiste continuità tra contenuti formativi e realtà operative, ovvero quando le partecipanti hanno l'opportunità di sperimentare in modo concreto quanto appreso. Tale dato è in linea con la revisione integrativa di Burke e Hutchins (2007), che evidenzia come il trasferimento della formazione sia un fenomeno multifattoriale, influenzato da fattori individuali, caratteristiche del disegno formativo e condizioni del contesto organizzativo. Anche la meta-analisi di Blume, Ford, Baldwin e Huang (2010), condotta su 89 studi empirici, conferma che il trasferimento delle competenze è associato a molteplici predittori, tra cui caratteristiche dei partecipanti, motivazione, ambiente di lavoro e tipologia dell'intervento formativo. Alla luce di tali evidenze, i risultati ottenuti nel percorso EDUSalute+ possono essere interpretati come espressione di un processo di trasferimento parziale ma significativo, favorito quando i contenuti risultano coerenti con i bisogni professionali e con le possibilità applicative offerte dal contesto. Un elemento rilevante riguarda il ruolo dei contesti organizzativi, che possono agire sia come facilitatori sia come barriere al trasferimento. La presenza di ambienti lavorativi collaborativi, aperti all'innovazione e dotati di risorse adeguate può favorire una

maggiore integrazione delle competenze, mentre contesti meno strutturati o privi di supporto rischiano di limitarne l'applicazione. Questo aspetto è coerente anche con le indicazioni del *Centers for Disease Control and Prevention*, secondo cui le valutazioni di *follow-up* sono utili per verificare il trasferimento dell'apprendimento dopo che i partecipanti hanno avuto il tempo di rientrare nel proprio contesto lavorativo e applicare quanto appreso. Accanto alla dimensione organizzativa, emerge anche il ruolo della dimensione sociale e relazionale. La condivisione delle competenze all'interno dei gruppi professionali può contribuire a rafforzare l'utilizzo delle conoscenze acquisite e a generare processi di apprendimento reciproco. In questo senso, il trasferimento delle conoscenze non può essere interpretato come un processo esclusivamente individuale, ma come un fenomeno che si costruisce anche attraverso le dinamiche del contesto lavorativo, formativo e relazionale. Dal punto di vista operativo, questi risultati indicano la necessità di progettare percorsi formativi maggiormente integrati con la pratica professionale. La formazione non dovrebbe limitarsi alla trasmissione di contenuti teorici, ma dovrebbe prevedere momenti strutturati di applicazione, sperimentazione e riflessione guidata. Tale interpretazione è coerente con gli studi sull'apprendimento esperienziale e sulla pratica riflessiva nell'ambito della formazione in promozione della salute, che sottolineano l'importanza di collegare l'apprendimento teorico allo sviluppo della pratica professionale. I risultati ottenuti trovano inoltre un riferimento teorico nel TTM, secondo Prochaska e Velicer (1997), il cambiamento comportamentale si sviluppa attraverso un processo progressivo, articolato in diversi stadi e non necessariamente lineare. Applicando tale prospettiva al *training transfer*, il trasferimento delle competenze osservato nel presente studio può essere interpretato come un percorso in evoluzione, caratterizzato da differenti livelli di applicazione e maturazione professionale. L'applicazione più frequente delle competenze relative alla promozione della salute, ai determinanti della salute e alla progettazione educativa appare coerente con la natura maggiormente operativa di tali contenuti. La promozione della salute, secondo la definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità contenuta nella Carta di Ottawa, mira a consentire alle persone di aumentare il controllo sulla propria salute e migliorarla. In questa prospettiva, i contenuti del corso più direttamente collegati alla prevenzione, agli stili di vita e all'educazione alla salute risultano più facilmente trasferibili perché immediatamente riconducibili alla pratica

educativa, assistenziale e formativa. Al contrario, l'utilizzo meno sistematico di strumenti metodologici più strutturati, come il TTM e le fonti di evidenza scientifica, sembra confermare la necessità di tempi più lunghi e di opportunità applicative ripetute affinché tali competenze possano consolidarsi stabilmente nella pratica quotidiana. Questi contenuti richiedono infatti non solo l'acquisizione di conoscenze teoriche, ma anche lo sviluppo di competenze metodologiche e la capacità di adattarsi a situazioni professionali concrete.

Nel complesso, i risultati confermano l'importanza di sviluppare percorsi formativi che integrino contenuti teorici, esperienze pratiche e momenti di riflessione applicativa.

La formazione continua, quando supportata da adeguate condizioni organizzative e da opportunità di applicazione concreta, può rappresentare uno strumento utile per favorire lo sviluppo professionale e migliorare la qualità degli interventi rivolti alla promozione della salute

Il presente studio presenta alcuni limiti che devono essere considerati nella corretta interpretazione dei risultati e nella loro generalizzabilità. In primo luogo, la ridotta numerosità del campione rappresenta un vincolo significativo, poiché non consente conclusioni statistiche robuste né l'estensione dei risultati a popolazioni più ampie. L'analisi assume pertanto un valore prevalentemente descrittivo ed esplorativo, utile a individuare tendenze e orientamenti piuttosto che a produrre conclusioni definitive. Un ulteriore elemento di criticità è rappresentato dall'eterogeneità delle partecipanti, che, pur costituendo un punto di forza in termini descrittivi e di rappresentazione di diversi contesti professionali, rende più complessa l'individuazione di pattern omogenei di trasferimento delle competenze. La variabilità dei ruoli professionali, dei percorsi formativi e dei contesti operativi può infatti aver influenzato in modo significativo le modalità di applicazione delle conoscenze acquisite. Va inoltre considerata la natura autoriferita dei dati raccolti, che espone lo studio al possibile rischio di *bias* di desiderabilità sociale e di sovra o sottostima della reale applicazione delle competenze nella pratica professionale. L'utilizzo di questionari *self-report*, sebbene adeguato agli obiettivi esplorativi della ricerca, non consente infatti una misurazione oggettiva del comportamento professionale. Un ulteriore limite riguarda la finestra temporale del *follow-up*,

relativamente breve rispetto alla natura processuale del *training transfer*. Il periodo di quattro mesi, pur utile per una prima valutazione dell'impatto formativo, non permette di valutare in modo completo la stabilità e la persistenza nel tempo delle competenze acquisite. Alla luce di tali considerazioni, future ricerche potrebbero beneficiare di un ampliamento del campione e dell'inclusione di disegni longitudinali con *follow-up* multipli a medio e lungo termine, al fine di osservare l'evoluzione del processo di trasferimento delle competenze nel tempo. Sarebbe inoltre auspicabile integrare strumenti di valutazione oggettiva, quali osservazioni dirette, indicatori comportamentali o valutazioni da parte di tutor, docenti o responsabili, in grado di affiancare i dati autoriferiti e restituire una rappresentazione più completa dell'impatto formativo.

Infine, ulteriori sviluppi potrebbero esplorare in modo più approfondito il ruolo dei fattori organizzativi e contestuali nel facilitare o ostacolare il *training transfer*, così da orientare la progettazione di percorsi formativi sempre più efficaci, sostenibili e realmente integrati nella pratica professionale.

CONCLUSIONI

I risultati del presente studio evidenziano un generale trasferimento delle competenze acquisite durante il percorso formativo EDUSalute+ nei contesti professionali e/o accademici delle partecipanti, seppur con livelli di applicazione eterogenei. In particolare, le competenze relative alla promozione della salute, ai determinanti della salute e alla progettazione di interventi educativi risultano quelle maggiormente integrate nella pratica quotidiana. Al contrario, l'utilizzo di strumenti metodologici più strutturati, come l'applicazione sistematica del TTM e l'impiego continuativo di fonti di evidenza scientifica, appare meno uniforme e ancora in fase di progressivo consolidamento. Nel complesso, il percorso formativo EDUSalute+ ha mostrato un impatto positivo in termini di consapevolezza professionale, apprendimento percepito e attivazione del processo di trasferimento delle competenze. I dati suggeriscono che la formazione non si limiti alla semplice acquisizione di conoscenze teoriche, ma possa rappresentare un elemento capace di favorire cambiamenti nella pratica professionale. Tuttavia, il *training transfer* non si configura come un processo immediato e lineare, bensì come un fenomeno dinamico e progressivo, influenzato dall'interazione tra variabili individuali, organizzative e contestuali.

Alla luce dei risultati emersi, future progettazioni formative dovrebbero rafforzare l'integrazione tra dimensione teorica e applicativa, prevedendo attività esperienziali, simulazioni, esercitazioni pratiche e momenti strutturati di riflessione sulla pratica. Risulta inoltre fondamentale introdurre sistemi di *follow-up* post-formazione e strategie di accompagnamento nei contesti lavorativi o formativi, al fine di sostenere il consolidamento delle competenze e incrementare l'efficacia del trasferimento nel medio-lungo periodo. Un ulteriore sviluppo potrebbe riguardare l'implementazione di percorsi formativi modulari e continui, capaci di accompagnare i professionisti nelle diverse fasi del processo di cambiamento comportamentale. In questo senso, la capacità di applicare modelli teorici come il TTM rappresenta un elemento strategico per la progettazione di interventi educativi più efficaci, personalizzati e coerenti con i processi di cambiamento degli stili di vita. Il presente studio sottolinea inoltre il ruolo centrale della formazione continua per i professionisti

dell'area sanitaria, educativa e motoria, evidenziando come l'acquisizione di competenze nell'ambito della promozione della salute possa tradursi in una ricaduta concreta sulle pratiche professionali. Allo stesso tempo, occorre considerare la natura esplorativa dello studio e la limitata numerosità del campione, che non consentono una generalizzazione ampia dei risultati, ma permettono di individuare indicazioni utili per il miglioramento futuro dei percorsi formativi. In conclusione, EDUSalute+ si configura come un'esperienza formativa efficace nel favorire l'acquisizione e il trasferimento di competenze nell'ambito della promozione della salute. Rafforzare il legame tra formazione, pratica professionale e supporto contestuale rappresenta un elemento chiave per garantire una maggiore efficacia degli interventi educativi e una più stabile applicazione delle competenze acquisite nel tempo.

BIBLIOGRAFIA

American College of Sports Medicine. (2021). *ACSM's guidelines for exercise testing and prescription* (11th ed.). Philadelphia, PA: Wolters Kluwer.

Baldwin, T. T., & Ford, J. K. (1988). Transfer of training: A review and directions for future research. *Personnel Psychology*, 41(1), 63–105.

Bandura, A. (2004). Health promotion by social cognitive means. *Health Education & Behavior*, 31(2), 143–164. doi: 10.1177/1090198104263660

Bellini, C. (2022). *L'Educatore Digitale in sanità. Co-progettare la formazione continua online*. Milano: FrancoAngeli.

Blume, B. D., Ford, J. K., Baldwin, T. T., & Huang, J. L. (2010). Transfer of training: A meta-analytic review. *Journal of Management*, 36(4), 1065–1105.

Braveman, P., & Gottlieb, L. (2014). The social determinants of health: It's time to consider the causes of the causes. *Public Health Reports*, 129(Suppl. 2), 19–31.

Burke, L. A., & Hutchins, H. M. (2007). Training transfer: An integrative literature review. *Human Resource Development Review*, 6(3), 263–296.

Centers for Disease Control and Prevention. (s.d.). *Example postcourse and follow-up training evaluations*. Atlanta, GA: CDC.

Centers for Disease Control and Prevention. (1999). Framework for program evaluation in public health. *MMWR Recommendations and Reports*, 48(RR-11), 1–40.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024a). *Built Environment Assessment Tool and Manual*. Atlanta, GA: CDC.

Centers for Disease Control and Prevention. (2024b). *CDC's program evaluation framework*. Atlanta, GA: CDC.

Centers for Disease Control and Prevention. (2025). *Assess training needs: Conducting needs analysis*. Atlanta, GA: CDC.

Centers for Disease Control and Prevention. (2026). *Evaluate training: Building an evaluation plan*. Atlanta, GA: CDC.

Cronin, M., & Connolly, C. (2007). Exploring the use of experiential learning workshops and reflective practice within professional practice development for post-graduate health promotion students. *Health Education Journal*, 66(3), 286–303.

Dahlgren, G., & Whitehead, M. (1991). *Policies and strategies to promote social equity in health*. Stockholm: Institute for Futures Studies.

Green, L. W., & Kreuter, M. W. (2005). *Health program planning: An educational and ecological approach* (4th ed.). New York, NY: McGraw-Hill.

Kolb, D. A. (1984). *Experiential learning: Experience as the source of learning and development*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice Hall.

Marmot, M., & Wilkinson, R. G. (Eds.). (2005). *Social determinants of health* (2nd ed.). Oxford, UK: Oxford University Press.

Mendonça, G., Cheng, L. A., Mélo, E. N., & de Farias Júnior, J. C. (2014). Physical activity and social support in adolescents: A systematic review. *Health Education Research*, 29(5), 822–839.

Michie, S., van Stralen, M. M., & West, R. (2011). The behaviour change wheel: A new method for characterising and designing behaviour change interventions. *Implementation Science*, 6, 42. doi: 10.1186/1748-5908-6-42

Nutbeam, D. (2000). Health literacy as a public health goal: A challenge for contemporary health education and communication strategies in the 21st century. *Health Promotion International*, 15(3), 259–267.

Pan American Health Organization. (s.d.). *Health promotion*. Washington, DC: PAHO.

Piras, V., Reyes, M. C., & Trentin, G. (2020). *Come disegnare un corso online. Criteri di progettazione didattica e della comunicazione*. Milano: FrancoAngeli.

Prochaska, J. O., & DiClemente, C. C. (1983). Stages and processes of self-change of smoking: Toward an integrative model of change. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 51(3), 390–395.

Prochaska, J. O., & Velicer, W. F. (1997). The transtheoretical model of health behavior change. *American Journal of Health Promotion*, 12(1), 38–48.

Sallis, J. F., Cerin, E., Conway, T. L., Adams, M. A., Frank, L. D., Pratt, M., Salvo, D., Schipperijn, J., Smith, G., Cain, K. L., Davey, R., Kerr, J., Lai, P. C., Mitáš, J., Reis, R., Sarmiento, O. L., Schofield, G., Troelsen, J., Van Dyck, D., ... Owen, N. (2016). Physical activity in relation to urban environments in 14 cities worldwide: A cross-sectional study. *The Lancet*, 387(10034), 2207–2217.

Su, D. L. Y., Tang, T. C., Chung, J. S. K., Lee, A. S. Y., Capio, C. M., & Chan, D. K. C. (2022). Parental influence on child and adolescent physical activity level: A meta-analysis. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 19(24), 16861.

World Health Organization. (1948). *Preamble to the Constitution of the World Health Organization*. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization. (1986). *Ottawa Charter for Health Promotion*. Geneva, Switzerland: WHO.

World Health Organization. (2008). *Closing the gap in a generation: Health equity through action on the social determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2013). *Health literacy: The solid facts*. Copenhagen, Denmark: WHO Regional Office for Europe.

World Health Organization. (2018). *Global action plan on physical activity 2018–2030: More active people for a healthier world*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2024a). *Determinants of health*. Geneva: World Health Organization.

World Health Organization. (2024b). *Physical activity*. Geneva: World Health Organization.

Zhang, Y., Koene, M., Reijneveld, S. A., Tuinstra, J., & Broekhuis, M. (2022). The impact of interventions in the built environment on physical activity levels: A systematic umbrella review. *International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity*, 19, 156.

RINGRAZIAMENTI

*A chi ha creduto in me fin dall'inizio... e ha continuato a farlo fino alla fine.
A chi mi ha spronata a guardare sempre più in alto e a non mollare mai.*

Alla **Professoressa Claudia Bellini**,
per la disponibilità, la gentilezza e il sostegno dimostrati durante la stesura di questo lavoro,
un ringraziamento speciale va anche alla mia correlatrice, la **Dott.ssa Alice Pierluigi**,
per avermi guidata con pazienza, attenzione e incoraggiamento.

Alla mia **famiglia**,
che mi ha insegnato a credere in me stessa anche quando le difficoltà sembravano
insormontabili.

Alle mie **amiche**,
compagne di risate, chiacchiere infinite e incoraggiamenti quotidiani:
“Sei forte”, “Credo in te”, “Ce la farai anche stavolta”.
Siete state la mia ancora nei momenti difficili e il mio sorriso nei giorni pesanti.
Vi dico grazie, perché siete state un sostegno invisibile, ma sempre presente.

A F.
che in questo percorso hai saputo essere leggerezza o forza, a seconda di ciò di cui avevo
bisogno. Grazie per avermi incoraggiata e spronata a non mollare quando ne avevo più
bisogno.
A te che punti sempre in alto e non ti accontenti mai, grazie per ricordarmi che posso fare lo
stesso, a modo mio.

A me stessa,
alla determinazione che mi ha spinto a continuare anche nei momenti di incertezza.
Alla sensibilità che mi ha insegnato a trasformare le emozioni in forza.
Alle insicurezze affrontate con coraggio, ai sacrifici compiuti e alla pazienza che mi ha
permesso di attraversare ogni difficoltà senza arrendermi mai.

Alla gioia di poter finalmente dire:
“Ce l’ho fatta! Di nuovo”