

## Repertorio degli interventi di Sanità Pubblica orientati all'Equità nella Salute (ReSPES)

### LINEE GUIDA METODOLOGICHE PER LA VALUTAZIONE DEGLI INTERVENTI

#### 1. Il contesto e il rationale del Repertorio

La conoscenza dei determinanti sociali della salute e la loro incidenza sul benessere individuale e collettivo sono ormai oggetto di una consolidata letteratura scientifica (Wilkinson, 1996; Marmot, 2004 e 2010; Wilkinson-Pickett, 2009 e 2018) e la riduzione delle disuguaglianze di salute è considerata, almeno da un quindicennio, un obiettivo strategico dei sistemi sanitari da parte delle maggiori istituzioni internazionali (WHO, 2008) e sovranazionali (European Commission, 2007 e 2013).

In Italia, benché l'imputazione al SSN della finalità di riduzione delle disuguaglianze di salute costituisca un tratto genetico del sistema (Balduzzi-Servetti, 2013; Taroni, 2019), la diffusione di strategie *equity oriented* nella programmazione, organizzazione ed erogazione dei servizi sanitari si è affermata soltanto negli ultimi anni. A partire da alcuni studi epidemiologici apripista (Costa-Faggiano, 1994), si è assistito tanto alla costruzione di un nuovo e robusto *framework* teorico quanto alla crescita delle evidenze empiriche (Costa, 2014; Mirisola-Ricciardi-Bevere-Melazzini, 2017; Petrelli-Frova, 2019; Petrelli-Rosano-Rossi-Mirisola-Cislaghi, 2019). Parallelamente, anche grazie alla spinta offerta dalle politiche dell'UE, si sono progressivamente moltiplicati gli interventi sul territorio, i quali, agendo spesso in ottica progettuale e sperimentale, hanno trovato nell'area della prevenzione il principale ambito di sviluppo.

Complessivamente, tutto ciò ha favorito la maturazione di una più forte consapevolezza che questa tendenza costituisca una delle chiavi di innovazione e di sostenibilità del SSN e, oggi, la necessità di riprogettare le politiche sanitarie secondo approcci orientati all'equità è ben presente nei principali atti di programmazione e di governo del nostro sistema sanitario. Se, da un lato, il Patto per la salute 2019-2021 formula indirizzi chiari in questa direzione (v. spec. schede 8, 11, 12), invitando anche a trovare sul terreno dell'equità (e, in particolare della modellizzazione dei servizi in base all'esigenza di raggiungere più efficacemente i soggetti fragili) un campo comune di azione tra Piano nazionale della prevenzione e Piano nazionale delle cronicità, dall'altro lato, il Nuovo sistema di garanzia per il monitoraggio dell'assistenza sanitaria (d.m. 12 marzo 2019) contempla per la prima volta un apposito indicatore concernente l'equità

sociale, il quale guarda preminentemente alla capacità di ridurre le barriere economiche, sociali e organizzative di accesso ai livelli essenziali, attraverso azioni di adattamento dell'organizzazione e delle modalità erogative dei servizi alle condizioni personali, socio-economiche e culturali che si presentano differenziate all'interno della popolazione.

La moltiplicazione spontanea degli interventi, la loro progressiva integrazione nella programmazione, l'istituzionalizzazione di politiche sanitarie orientate all'equità hanno evidenziato, negli anni più recenti, la forte esigenza del sistema di dotarsi di validi strumenti di valutazione. Da un lato, esiste un bisogno crescente di riconoscere gli interventi che, direttamente o indirettamente, esplicitamente o implicitamente, perseguono obiettivi di equità, identificando i fattori che qualificano in tal senso azioni e pratiche molto diverse tra loro. Dall'altro lato, altrettanto forte è l'esigenza di criteri che consentano, attesa la quantità ormai rilevante di esperienze, di orientarsi sul piano qualitativo, tanto con riferimento all'apprezzamento della capacità degli interventi di ridurre le disuguaglianze di salute, quanto con riferimento all'apprezzamento della capacità dei medesimi di conseguire gli obiettivi di prevenzione e promozione della salute che, nel merito, essi si prefiggono.

In altri termini, la questione della valutazione dell'equità si intreccia strettamente con quella dei risultati di salute, come ben emerge dagli ultimi piani nazionali della prevenzione (alla luce sia dell'esperienza maturata con l'attuazione del PNP 2014-2018, nell'ambito della quale sono stati migliorati i percorsi di monitoraggio delle attività e di valutazione di processo e sono stati sviluppati strumenti di *equity assessment* dei piani regionali, sia del PNP 2020-2025, nel quale viene prefigurato un ulteriore avanzamento dei processi di valutazione e la riduzione delle disuguaglianze assurge ad obiettivo trasversale dei programmi liberi e predefiniti).

Non da ultimo, se la pandemia di CoViD-19 ha riportato un'attenzione prioritaria sui servizi di sanità pubblica, evidenziando tanto le funzioni fondamentali che essi assolvono quanto la necessità di investire per il loro potenziamento, i dati ormai a disposizione mostrano altresì che essa, soprattutto per le conseguenze sociali ed economiche prodotte ma anche per l'impatto sulla tenuta SSN, sta aggravando e ancora aumenterà le disuguaglianze di salute nel nostro Paese, generando uno scenario nel quale il sistema dovrà incrementare gli sforzi per orientare all'equità i propri servizi e rispondere ai bisogni di salute di quote crescenti di popolazioni con fragilità sociale e sanitaria.

L'avvio del *Repertorio degli interventi di sanità pubblica orientati all'equità nella salute* (ReSPES) si inserisce in questo contesto in evoluzione, al fine di rispondere a tre principali esigenze strategiche del Servizio sanitario nazionale:

- a) promuovere l'adozione di obiettivi, metodi e tecniche orientati all'equità nella progettazione e nell'implementazione degli interventi di sanità pubblica;
- b) favorire un incremento della qualità di tali interventi, sia sul piano della riduzione delle disuguaglianze di salute sia sul piano dell'efficacia nella prevenzione e contrasto dei fattori di rischio oggetto dei medesimi;
- c) massimizzare le risorse disponibili per il finanziamento del settore ed evitarne la dispersione, grazie alla disponibilità di informazioni organizzate e verificate non solo sulla dimensione dell'efficacia degli interventi, ma anche su quella della loro sostenibilità e trasferibilità.

## 2. Il metodo EST

Il Repertorio curato dall'INMP intende integrarsi nel contesto poc'anzi tracciato, collocandosi in un tratto del ciclo di progettazione, realizzazione e valutazione attualmente non del tutto presidiato. Lo strumento proposto, infatti, vorrebbe concorrere ad aggiungere alla conoscenza descrittiva di singoli interventi di sanità pubblica orientati all'equità, che si sostanzia soprattutto nella rassegna di progetti e nella loro classificazione per parole chiave, una conoscenza quali-quantitativa, che consenta, per un verso, di apprezzare e valorizzare la eterogeneità e la multidimensionalità di tali interventi e, per altro verso, di distinguere tra essi in base al differente grado di efficacia, sostenibilità e trasferibilità, inteso non in termini di valore assoluto ma in relazione alle finalità dell'intervento e al contesto di azione.

Come noto, in confronto con l'area della medicina clinica, quella della prevenzione e della promozione della salute non è provvista di un modello consolidato ed egemone per la valutazione com'è quello dell'*evidence based medicine*, ma richiede, in ragione della maggiore complessità dei processi eziologici e dei contesti ambientali sui quali agiscono le politiche e gli interventi di prevenzione, sia di adattare il modello (baricentrico e irrinunciabile) della valutazione in base a prove di efficacia alle caratteristiche epistemologiche delle discipline preventivologiche (*evidence based prevention*) sia di rispondere a principi di *accountability* nell'allocazione delle risorse.

In Europa, anche a seguito di diverse sollecitazioni pubblicate in letteratura scientifica (Faggiano, 2014), assistiamo a interessanti elaborazioni e applicazioni di metodologie di valutazione disegnate per gli interventi di prevenzione e promozione della salute, come ad esempio il progetto Exchange, in ambito delle dipendenze patologiche da parte dell'EMCDDA ([www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange](http://www.emcdda.europa.eu/best-practice/xchange)) e la

Gruene list in Germania (<http://gruene-liste-praevention.de>), entrambi progettati a partire da due esperienze americane (<http://blueprintsprograms.com>; <http://www.nrepp.samhsa.gov>). In Italia vi è un progetto ancora in fase di avvio, condotto dal Network Italiano di Evidence-based Prevention (<http://niebp.agenas.it>), oltre che una esperienza sviluppata nell'ambito della Fondazione Smith Kline (Bassi et al., 2015).

Dall'analisi della letteratura in materia, appare importante considerare entrambi i principali approcci di valutazione degli interventi, che inseriscono le buone pratiche nel dominio sia della *evidence-based practice* (Perleth et al., 2001, Cameron et al., 1999, Sahay et al., 1999) sia in una cornice *teorica processuale* (Kahan et al., 2001; Centre for health promotion, 2015).

Mentre il primo approccio considera la valutazione delle pratiche sulla base delle prove scientifiche di efficacia esistenti, l'altro valuta la rispondenza degli interventi a criteri di qualità nelle fasi della progettazione, applicazione e valutazione.

Su queste basi, il Repertorio sarà costruito attraverso l'applicazione di una metodologia di valutazione che pone al centro tre dimensioni: l'efficacia, la sostenibilità, la trasferibilità.

Tale metodologia, già proposta e sperimentata in sede scientifica (Bassi et al., 2015; Faggiano, 2015; Caristia, 2015), è stata approntata anche in base all'analisi di Repertori di interventi di sanità pubblica già attivi in Italia e all'estero, in particolare: Pro.Sa., banca dati italiana gestita dal Centro di documentazione per la Promozione della Salute della Regione Piemonte – DoRS, avente l'obiettivo di raccogliere progetti e interventi di Prevenzione e Promozione della Salute ([www.retepromozionesalute.it/](http://www.retepromozionesalute.it/)); Public Health Best Practice Portal, repertorio curato dalla DG Health and Food Safety della Commissione Europea, nel quale sono raccolte le esperienze europee di Promozione della salute e prevenzione e gestione delle malattie croniche (<https://webgate.ec.europa.eu/dyna/bp-portal/>); Canadian Best Practices Portal, progetto curato dal Public Health Agency of Canada, che intende raccogliere esperienze di promozione della salute e prevenzione delle malattie (<https://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/>).

### 3. Gli indicatori e i punteggi per la valutazione dell'efficacia, della sostenibilità e della trasferibilità

#### Valutazione di efficacia

Per efficacia si intende la capacità di un intervento di raggiungere gli obiettivi per il quale è stato progettato, sulla popolazione alla quale l'intervento è destinato.

L'efficacia dell'intervento verrà rilevata in base alle informazioni offerte dal soggetto attuatore relativamente ai risultati raggiunti dal progetto, agli studi in letteratura che ne suffragano il disegno metodologico e l'esecuzione, agli eventuali studi di valutazione dell'intervento indicati dai promotori medesimi, nonché in base all'ulteriore istruttoria condotta dal CEV in ordine alla letteratura di settore e agli studi concernenti interventi analoghi a quello valutato.

L'efficacia viene valutata in una scala di punteggi che va da 1 a 9.

Gli interventi sono valutati di efficacia alta (punti 7-9) in base alla presenza dei seguenti indicatori:

E-A.1) l'attestazione di risultati positivi dell'intervento, derivanti da un processo di valutazione interno progettato secondo un disegno scientifico rigoroso (studio randomizzato, studio controllato oppure sperimentazione con valutazione pre-post);

E-A.2) la presenza di evidenze sugli effetti benefici di simili interventi all'interno di revisioni sistematiche di studi randomizzati controllati (RCT) e/o l'esistenza di raccomandazioni aventi ad oggetto l'intervento contenute all'interno di linee guida basate su metodi affidabili di valutazione delle prove;

E-A.3) la presenza di evidenze di effetti benefici del progetto in base alla sola soddisfazione degli indicatori scelti dai promotori.

I punteggi da 7 a 9 sono assegnati in base alle seguenti corrispondenze:

LIV. ALTO	7	7	P	8	7	8	9
E-A.1	x			x	x		x
E-A.2		x		x		x	x
E-A.3			x		x	x	x

\* P = Promettente (la presenza del solo indicatore E-A.3, non associato ad almeno uno degli altri, non consente di avere riscontri esterni sull'efficacia del progetto, ma ne segnala tuttavia la qualità metodologica).

Gli interventi sono valutati di efficacia media (punti 4-6) in base alla presenza dei seguenti indicatori:

E-M.1) la presenza di prove limitate degli effetti benefici dell'intervento (ad es. esclusivamente singoli studi di primo livello, randomizzati/controllati) oppure l'esistenza nelle linee guida di raccomandazioni, aventi ad oggetti interventi simili, formulate con cautela;

E-M.2) la presenza di evidenze di effetti benefici del progetto in base alla sola soddisfazione degli indicatori scelti dai promotori;

E-M.3) l'esistenza di studi che attestino la presenza di limitati effetti benefici dell'intervento.

I punteggi da 4 a 6 sono assegnati in base alle seguenti corrispondenze:

LIV. MEDIO	4	P	4	5	5	5	6
E-M.1	x			x	x		x
E-M.2		x		x		x	x
E-M.3			x		x	x	x

\* P = Promettente (la presenza del solo indicatore E-M.2, non associato ad almeno uno degli altri, non consente di avere riscontri esterni sull'efficacia del progetto, ma ne segnala tuttavia la qualità metodologica).

Gli interventi sono valutati di efficacia bassa (punti 1-3) in base alla presenza dei seguenti indicatori:

E-B.1) la presenza di studi scientifici in letteratura che forniscono evidenze troppo limitate in merito all'effetto benefico dell'intervento;

E-B.2) la presenza di evidenze di effetti benefici del progetto in base alla sola soddisfazione degli indicatori scelti dai promotori;

E-B.3) l'attestazione di risultati positivi derivanti da un processo di valutazione interna all'intervento progettato con un disegno scientifico rigoroso, a fronte tuttavia di linee guida che sconsigliano l'intervento.

I punteggi da 1 a 3 sono assegnati in base alle seguenti corrispondenze:

LIV. BASSO	1	P	2	2	2	3	3
E-B.1	x			x	x		x
E-B.2		x		x		x	x
E-B.3			x		x	x	x

\* P = Promettente (la presenza del solo indicatore E-B.2, non associato ad almeno uno degli altri, non consente di avere riscontri esterni sull'efficacia del progetto, ma ne segnala tuttavia la qualità metodologica).

### Valutazione di sostenibilità

Per sostenibilità si intende la sostenibilità economica, ambientale e sociale nel tempo (ovvero, la capacità di far durare l'efficacia dell'intervento nel tempo). La definizione operativa di sostenibilità non è così rigorosa come quella di efficacia.

Nel migliore degli scenari, la sostenibilità può essere valutata in base alla disponibilità di risultati derivanti da valutazioni costo-efficacia e costo-benefici effettuate anche in contesti diversi dall'Italia, che dimostrino l'impatto ambientale della pratica, e soprattutto l'impatto sociale sulle disuguaglianze. Questo tipo di

valutazioni non è particolarmente diffuso e non è sempre di agevole accesso. Perciò, in uno scenario normale, la sostenibilità dell'intervento verrà stimata nel suo complesso sia in base alle valutazioni costo-efficacia e costo-benefici indicate dal soggetto attuatore sia in base ad ogni altra utile informazione che esso sia in grado di fornire relativamente alle risorse finanziarie, umane, strumentali impiegate dal progetto, nonché relativamente alla proiezione nel tempo dei risultati dell'intervento.

La sostenibilità viene valutata con una scala di punteggio da 1 a 3.

Gli interventi sono valutati di sostenibilità alta in presenza di uno o più dei seguenti indicatori:

S-A.1) lo svolgimento, all'interno dell'intervento, di valutazioni del rapporto costi/benefici, delle risorse finanziarie, umane e infrastrutturali previste, dalle quali derivino risultati positivi;

S-A.2) la congruenza tra le previsioni e i costi effettivi e la dimostrabilità di un uso efficiente delle risorse (sostenibilità economica) e di un beneficio durevole oltre il termine finale dell'intervento (sostenibilità temporale).

Gli interventi sono valutati di sostenibilità media in presenza di uno o più dei seguenti indicatori:

S-M.1) la presenza, all'interno dell'intervento, di valutazioni parziali e non approfondite relativamente al rapporto costi/benefici, alle risorse finanziarie, umane e infrastrutturali;

S-M.2) la parziale congruenza tra le previsioni e i costi effettivi;

S-M.3) la dimostrabilità di una limitata sostenibilità economica e temporale.

Gli interventi sono valutati di sostenibilità bassa in presenza del seguente indicatore:

S-B.1) l'assenza, all'interno dell'intervento, di valutazioni del rapporto costi/benefici e delle risorse finanziarie, umane e infrastrutturali, tali da non poter dimostrare la sostenibilità né sotto il profilo economico né sotto quello temporale.

### Valutazioni di trasferibilità

Possono essere considerati trasferibili interventi per i quali è prevedibile la replicazione dell'effetto nel caso in cui essi siano riproposti nel contesto italiano. In mancanza di definizioni operative nella letteratura scientifica, questa valutazione avviene in modo indiretto sulla base delle evidenze disponibili, ma soprattutto sulla base della esperienza accumulata su interventi simili, alcuni dei quali applicati in Italia.

Favorisce la trasferibilità l'esistenza di documenti che fungano da "manuale d'uso" che riporti quanto necessario al trasferimento dell'intervento, come, ad esempio, la descrizione dettagliata delle attività, le risorse materiali e infrastrutturali necessarie, il capitale umano (capacità, professionalità e competenze necessarie all'implementazione), gli attori da coinvolgere per aumentare/garantire l'efficacia (*stakeholder*), gli eventuali cronoprogrammi utili a pianificare l'intervento, gli eventuali modelli educativi, formativi e comunicativi che rendono l'intervento efficace, l'analisi degli eventuali ostacoli e suggerimenti per superarli, la necessità di supporto (politico, economico, mediatico, ecc.) per l'implementazione e il raggiungimento dei risultati, le informazioni e contatti delle persone di riferimento, le informazioni su eventuali corsi di formazione in merito e su come partecipare.

La trasferibilità viene valutata con una scala di punteggio da 1 a 3.

Gli interventi sono valutati di trasferibilità alta in presenza dei seguenti indicatori:

T-A.1) la circostanza che l'intervento sia già stato replicato in altri contesti (o abbia utilizzato linee guida finalizzate a implementazione/adattamento);

T-A.2) la possibilità di dimostrare la replicabilità dell'intervento in base a evidenze e/o a un'analisi di processo.

Gli interventi sono valutati di trasferibilità media in presenza del seguente indicatore:

T-M.1) la possibilità di dimostrare una replicabilità potenziale dell'intervento sulla base di caratteristiche di buona strutturazione dell'intervento, delle sue fasi di progettazione e implementazione.

Gli interventi sono valutati di trasferibilità bassa in presenza del seguente indicatore:

T-B.1) l'assenza di elementi che consentono di considerare il progetto replicabile in altri contesti.

#### *4. Il processo di valutazione: soggetti, fasi, esiti*

La valutazione farà capo al Comitato di esperti valutatori (CEV), costituito dall'INMP mediante la designazione di soggetti di elevata competenza ed esperienza nell'ambito di diverse aree disciplinari e tematiche rilevanti (antropologia medica, comunicazione e divulgazione, cure primarie, economico-organizzativa, epidemiologia, mediazione transculturale, medicina di iniziativa e di prossimità, medicina



interna, metodologia della ricerca, organizzazione dei servizi sanitari e sociosanitari, psicologia clinica, ricerca clinica e sanitaria, valutazione delle politiche pubbliche).

I lavori del CEV saranno coordinati da un membro nominato dall'INMP.

A supporto del CEV verrà costituita una segreteria tecnico-scientifica, che svolgerà attività istruttoria e opererà sotto la supervisione del Coordinatore del Comitato.

Le comunicazioni con i soggetti promotori degli interventi candidati per la valutazione saranno curate dall'INMP, attraverso un proprio gruppo di lavoro che opererà sotto la direzione del referente per il Repertorio.

Il processo di valutazione è organizzato in due fasi: valutazione di ammissibilità e valutazione di merito.

#### *A. Valutazione di ammissibilità*

La domanda di partecipazione e la documentazione inviata saranno esaminate dalla segreteria tecnico-scientifica del CEV, sotto la responsabilità del coordinatore del Comitato.

La segreteria verifica anzitutto la completezza della domanda: nel caso in cui sia necessaria l'integrazione di alcune informazioni, ne viene fatta richiesta al soggetto proponente, assegnando un termine di risposta. Questa fase istruttoria si conclude con una valutazione di ammissibilità, proposta dal coordinatore del CEV e approvata dal referente INMP per il Repertorio.

Nel caso in cui il coordinatore del CEV rilevi un conflitto di interessi in capo ad un componente della segreteria tecnico-scientifica, con riferimento ad uno specifico intervento, si assicura che l'attività istruttoria sia svolta senza il contributo dell'interessato. Laddove il conflitto di interessi riguardi il coordinatore, questo si astiene dalla supervisione e dalla proposta finale e chiede al referente INMP di individuare un sostituto tra i componenti del CEV.

Non sono ammessi gli interventi rientranti in una delle seguenti ipotesi:

- a) interventi che risultino non rilevanti per la promozione dell'equità nella salute;
- b) interventi che esorbitino dalle finalità di sanità pubblica;
- c) interventi che siano stati descritti, nonostante la richiesta di integrazione della domanda, in termini non sufficienti a consentirne la valutazione di merito.

In caso di inammissibilità, l'esito della valutazione è comunicato al soggetto proponente, unitamente ad una sintetica motivazione. Delle valutazioni di inammissibilità non è data pubblicità sulla piattaforma, salvo che per l'indicazione del numero degli interventi proposti ma non ammessi.

Quando l'intervento è ammissibile, la segreteria tecnica stila un breve rapporto preliminare in ordine alla rispondenza dell'intervento ai criteri di valutazione, che viene posto all'attenzione del CEV nella successiva fase di valutazione.

### *B. Valutazione di merito*

Il coordinatore del CEV designa, per ogni intervento ammesso alla valutazione di merito, un relatore, individuato tra i componenti del Comitato, in base alla rispondenza prevalente del profilo di competenza alle caratteristiche dell'intervento da valutare.

Al momento dell'assegnazione del dossier, il coordinatore chiede al relatore individuato di segnalare eventuali conflitti di interesse, in presenza dei quali viene designato un diverso relatore. Il relatore in conflitto di interessi non partecipa alla deliberazione del Comitato in seduta plenaria relativamente all'intervento in questione.

Il relatore può eccezionalmente essere individuato, da parte del coordinatore previa consultazione con il referente INMP, al di fuori del Comitato nelle seguenti ipotesi:

- a) esistenza di un conflitto di interessi in capo al componente del Comitato individuato come relatore e non sostituibilità del medesimo;
- b) mancanza di un profilo di competenza adeguato ai caratteri dell'intervento da valutare;
- c) elevato numero di interventi da valutare.

Il relatore, che si avvale del supporto della segreteria tecnico-scientifica, cura la stesura di un rapporto, il quale comprende anche ricerche di letteratura mirate a identificare studi di valutazione di interventi simili condotte in Italia e all'estero, e formula una proposta di valutazione.

La proposta di valutazione viene presentata, previa autorizzazione del coordinatore, al Comitato che, in seduta plenaria, la discute sulla base del rapporto e delibera su di essa. Il componente che dovesse rilevare un conflitto di interessi relativo all'intervento sottoposto alla valutazione lo segnala al coordinatore e non partecipa alla deliberazione.

La valutazione di merito si svolge in due step. Nel primo viene valutata l'efficacia dell'intervento, in una scala di punteggio che va da 1 a 9; gli interventi che superano positivamente questo step, passano al successivo, nel quale vengono altresì valutati sotto il profilo della sostenibilità e della trasferibilità, in una scala di punteggio che va da 1 a 3.

L'esito della valutazione di merito dipende dalla diversa combinazione dei predetti punteggi ed è espresso secondo i seguenti giudizi sintetici:

- a) **Raccomandabile:** rientra in questa sezione del repertorio l'intervento che, ottenuto un punteggio compreso tra 7 e 9 sotto il profilo dell'efficacia, ottenga anche un punteggio pari a 2 o 3 in relazione ai criteri della sostenibilità e della trasferibilità. Un intervento, complessivamente, è dunque considerato "raccomandabile" quando è potenzialmente vantaggioso, rilevante per la popolazione target e le evidenze scientifiche a sostegno sono di buona qualità; inoltre esso risulta ben equilibrato nel rapporto costi/benefici e replicabile in altri contesti.
- b) **Raccomandabile in contesti e/o a condizioni determinate:** rientra in questa sezione del repertorio l'intervento che, ottenuto un punteggio compreso tra 7 e 9 sotto il profilo dell'efficacia, ottenga anche un punteggio pari a 1 in relazione al criterio della sostenibilità o della trasferibilità. Un intervento, complessivamente, è dunque considerato "raccomandabile in contesti e/o a condizioni determinate", quando è potenzialmente vantaggioso, rilevante per la popolazione target e le evidenze scientifiche sono ammissibili; tuttavia, il grado di sostenibilità o trasferibilità risulta basso o non valutabile, sicché l'intervento risulta replicabile soltanto in contesti e/o a condizioni simili a quelli originali. Merita precisare che non è configurabile alcuna gerarchia di valore tra un intervento "raccomandabile" e un intervento "raccomandabile in contesti e/o a condizioni determinate", poiché la minore trasferibilità o sostenibilità può dipendere non dalla qualità dell'intervento, quanto dalla scelta consapevole di agire su target, per obiettivi di equità nella salute o in contesti socio-economici o territoriali dotati di elevata specificità.
- c) **Vantaggio incerto:** rientra in questa sezione del repertorio l'intervento che, ottenuto un punteggio compreso tra 1 e 6 sotto il profilo dell'efficacia, ottenga anche un punteggio pari o superiore a 1 in relazione ai criteri della sostenibilità e della trasferibilità. Un intervento, complessivamente, presenta un "vantaggio incerto" quando la limitatezza degli studi consente di considerare la pratica promettente, tuttavia vi sono dubbi sul fatto che essa sia sempre raccomandabile e si ritiene invece che debba essere raccomandata con attenzione.
- d) **Promettente:** rientra in questa sezione del repertorio l'intervento per il quale manchino prove di efficacia, ma che presenti una elevata qualità metodologica, tale da evidenziarne il potenziale di sviluppo. Un intervento, complessivamente, è dunque "promettente" quando mostra una corretta impostazione progettuale e metodologica, tuttavia in assenza di indicatori di efficacia non è possibile raccomandarne a terzi l'adozione ed è invece consigliata cautela nella sua applicazione.
- e) **Non raccomandabile:** rientra in questa sezione del repertorio l'intervento per il quale siano presenti prove contrarie all'efficacia oppure l'intervento per il quale manchino prove di efficacia e che presenti una qualità metodologica non elevata.

## Riferimenti bibliografici

- Balduzzi R., Servetti D. (2013), *La garanzia costituzionale del diritto alla salute e la sua attuazione nel Servizio sanitario nazionale*, in Balduzzi R., Carpani G. (eds.), *Manuale di diritto sanitario*, Bologna, Il Mulino, 13-87.
- Bassi M., Calamo-Specchia F., Faggiano F., Nicelli A.L., Ricciardi W., Signorelli C., Siliquini R., Valsecchi M. (eds.) (2015), *Rapporto Prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, Fondazione Smith Kline, Milano, Franco Angeli.
- Cameron R., Walker R., Jolin M.A. (1998), *International best practices in heart health*, Toronto, Ontario, Ontario Public Health Association.
- Caristia S., Faggiano F. (2015), *Un repertorio di interventi preventivi efficaci, sostenibili e trasferibili (Ipest): materiali e metodi*, in Bassi M., Calamo-Specchia F., Faggiano F., Nicelli A.L., Ricciardi W., Signorelli C., Siliquini R., Valsecchi M. (eds.), *Rapporto Prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, Fondazione Smith Kline, Milano, Franco Angeli, pp. 123-128.
- Centre for Health Promotion (2015), *Best Practices in health promotion*, University of Toronto, 2015. [Online]. Available: <http://sites.utoronto.ca/chp/bestp.html>.
- Costa G., Faggiano F. (eds.) (1994), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, Franco Angeli.
- Costa G. (ed.) (2014), *L'equità nella salute in Italia. Secondo rapporto sulle disuguaglianze sociali in sanità*, Milano, Franco Angeli.
- European Commission (2007), *White paper "Together for Health: A Strategic Approach for the EU 2008-2013"*, COM(2007)630 final.
- European Commission (2013), *Health inequalities in the EU – Final report of a consortium. Consortium lead: Sir Micheal Marmot*.
- Faggiano F., Allara E., Giannotta F., Molinar R., Sumnall H., Wiers R., Michie S., Collins L., Conrod P. (2014), *Europe Needs a Central, Transparent, and Evidence-Based Approval Process for Behavioural Prevention Interventions*, in *PLoS Med* 2014; 11(10): e1001740.
- Faggiano F., Caristia S., Coppo A., Coffano C., Ragazzoni P. et al. (2015), *Una riflessione sulle "Buone pratiche per la Prevenzione"*, in Bassi M., Calamo-Specchia F., Faggiano F., Nicelli A.L., Ricciardi W., Signorelli C., Siliquini R., Valsecchi M. (eds.), *Rapporto Prevenzione 2015. Nuovi strumenti per una prevenzione efficace*, Fondazione Smith Kline, Milano, Franco Angeli, pp. 109-123.
- Kahan B., Goodstadt M. (2001), *"The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion"*, in *Health Promot. Pract.*, vol. 2, n. 1, pp. 43-67, Jan. 2001.
- Marmot. M. (2004), *Status Syndrome. How your social standing directly affects your health and life expectancy*, London, Bloomsbury Publishing.

Marmot M. (ed.) (2010), *Fair Society, Healthy Lives*, The Marmot Review.

Mirisola C., Ricciardi G., Bevere F., Melazzini M. (eds.) (2017), *L'Italia per l'equità nella salute*, Roma, Ministero della salute.

Perleth M., Jakubowski E., Busse R. (2001), "What is 'best practice' in health care? State of the art and perspectives in improving the effectiveness and efficiency of the European health care systems", in *Health Policy*, New York, vol. 56, n. 3, pp. 235-250, Jun. 2001.

Petrelli A., Frova L. (eds.) (2019), *Atlante italiano delle diseguaglianze di mortalità per livello di istruzione*, *Epidemiologia&Prevenzione*, 49(1)2019.

Petrelli A., Rosano A., Rossi A., Mirisola C., Cislighi C. (2019), *The geography and economics of forgoing medical examinations or therapeutic treatments in Italy during the economic crisis*, *BMC Public Health*, (2019)19:1202.

Sahay T.B., Rootman I., Ashbury F.D. (1999), *Review of Nutrition Interventions for Cancer Prevention*. Cancer Care Ontario, 1999.

Taroni F. (2019), *Il volo del calabrone. 40 anni di Servizio sanitario nazionale*, Roma, Il pensiero scientifico.

WHO - Commission on Social Determinants of Health (2008), *Closing the gap in a generation: health equity through action on the social determinants of health*.

Wilkinson R. (1996), *Unhealthy societies: The afflictions of inequality*, London, Routledge.

Wilkinson R., Pickett K. (2009), *The Spirit Level: Why More Equal Societies Almost Always Do Better*, London, Allen Lane.

Wilkinson R., Pickett K. (2018), *The Inner Level: How More Equal Societies Reduce Stress, Restore Sanity and Improve Everyone's Well-being*, London, Allen Lane.