

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

CALL FOR SUBMISSION

Avviso pubblico per la valutazione di buone pratiche di sanità pubblica orientate all'equità

1. Obiettivo generale dell'avviso

- 1.1. Il presente avviso intende avviare la formazione di un *Repertorio di interventi di sanità pubblica orientati all'equità nella salute*, che l'INMP ha progettato e curerà in qualità di centro di riferimento della Rete nazionale per le problematiche di assistenza in campo socio-sanitario legate alle popolazioni migranti e alla povertà (ReNIP).
- 1.2. Facendo seguito agli indirizzi espressi dalla Conferenza Stato-Regioni, il Repertorio doterà la ReNIP e, nell'insieme, la più vasta comunità degli attori istituzionali e professionali che si occupano di prevenzione e promozione della salute di uno strumento finalizzato alla selezione e alla circolazione di interventi di sanità pubblica *orientati all'equità*, i quali siano suscettibili di essere valutati come *efficaci, sostenibili e trasferibili* e, come tali, possano essere raccomandati quali buone pratiche.

2. Contesto e ragioni del Repertorio

- 2.1. 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).
- 2.2. 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.

2.3. 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.

2.4. 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.

2.5. In altri termini, la questione della valutazione dell'equità si intreccia strettamente con quella dei risultati di salute, con ciò che questo comporta in presenza di teorie e metodi della valutazione degli interventi di

prevenzione che, in confronto con l'area della medicina clinica, non possono contare su di un modello consolidato ed egemone (come quello dell'*evidence based medicine*), ma richiedono, 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.

2.6. L'intreccio tra l'orientamento all'equità e la cultura della valutazione ha caratterizzato gli ultimi piani nazionali della prevenzione, come dimostrano sia l'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 la visione che emerge dal 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.

2.7. 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 primi ormai a disposizione mostrano altresì che essa, soprattutto per le conseguenze sociali ed economiche prodotte ma anche per l'impatto sulla tenuta del 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.

2.8. 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.

- 2.9. Sul primo versante, la realizzazione del Repertorio, favorendo l'emersione e la riconoscibilità di concreti interventi validi per la mitigazione delle diseguaglianze di salute, concorrerà ad una più diffusa conformazione della progettazione e della attuazione di interventi di sanità pubblica ad obiettivi e criteri di equità.
- 2.10. Sul secondo versante, il consolidamento e l'evoluzione di tali interventi sul piano metodologico potranno essere favoriti grazie sia all'applicazione sistematica di un modello di valutazione multidimensionale specificamente progettato per gli interventi di prevenzione e promozione della salute, sia alla messa a disposizione di un Repertorio in grado di restituire in forma accessibile una conoscenza qualificata delle buone pratiche selezionate, per le quali saranno resi evidenti i principali punti di forza e i margini di ulteriore miglioramento.
- 2.11. Infine, la disponibilità di un database strutturato di buone pratiche selezionate sarà utile a decisori e finanziatori degli interventi di sanità pubblica ad indirizzare le risorse a disposizione verso modelli ed esperienze validate e con maggiore ritorno in termini di risultati, nonché a indentificare le aree di intervento più presidiate e quelle invece più bisognose di investimenti. Specularmente, i promotori di nuovi progetti, anche nell'ottica di aumentare le proprie chances di finanziamento, potranno individuare su basi affidabili le esperienze di maggior successo, orientandosi verso il trasferimento in nuovi contesti e lo sviluppo incrementale delle buone pratiche raccomandate oppure verso la realizzazione di interventi innovativi.
- 2.12. In quest'ottica, il Repertorio costituirà uno strumento a disposizione dello stesso INMP per lo sviluppo della propria attività istituzionale e progettuale. Sulla base delle migliori valutazioni, infatti, l'INMP potrà co-progettare e realizzare insieme ai soggetti attuatori degli interventi valutati, specifici progetti co-finanziati, secondo quanto meglio precisato al successivo par. 9 del presente avviso, già a partire dall'anno 2021.
- 2.13. Fondato su di un modello integrato e multidimensionale di valutazione oggetto di una elaborazione (per la cui illustrazione si rinvia alle linee guida metodologiche allegate) autorevolmente proposta e discussa nella comunità scientifica di riferimento (Bassi et al. 2015), il *Repertorio* curato dall'INMP intende così 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.

3. Interventi rilevanti per l'avviso

- 3.1. Il presente avviso intende far emergere e selezionare, nell'ambito degli interventi di prevenzione e promozione della salute, quelli che presentino un significativo impatto positivo in termini di riduzione delle disuguaglianze di salute. Sono in tal senso rilevanti sia interventi di sanità pubblica progettati con questa prevalente finalità, come ad esempio quelli diretti a popolazioni target connotate da particolari fragilità e/o esposte a particolari determinanti di salute allo scopo di raggiungerle mediante soluzioni specifiche, sia interventi che, pur non essendo disegnati specificamente secondo obiettivi di equità, agiscano direttamente o indirettamente sui determinanti sociali di salute o li tengano in adeguata considerazione, perseguendo la riduzione o il superamento delle barriere sanitarie e socio-sanitarie.
- 3.2. Potranno essere sottoposti a valutazione interventi di diversa dimensione territoriale (es. nazionale, regionale, provinciale, distrettuale, comunale) e afferenti a diversi ambiti e priorità. Gli interventi potranno essere già conclusi e rendicontati entro il termine di scadenza del presente avviso oppure in corso di realizzazione; in questa seconda ipotesi, dovranno aver raggiunto un grado di sviluppo significativo per la valutazione (ovvero che consenta al soggetto promotore di fornire tutti gli elementi di valutazione richiesti nella scheda di rilevazione).
- 3.3. È possibile altresì sottoporre interventi che, pur essendo inclusi in progetti più ampi dei quali possono rappresentare un'articolazione o una fase, dimostrino una propria autonomia di gestione e di risultato.

4. Destinatari dell'avviso

- 4.1. Possono partecipare al presente avviso tutti i soggetti promotori e attuatori degli interventi considerati rilevanti nei termini illustrati al par. 3. È necessario che chi risponde all'avviso sia il soggetto che ha la responsabilità dell'intervento da sottoporre a valutazione o, almeno, dell'unità/partner progettuale che abbia avuto in carico un intervento inquadrato in un progetto più ampio. Sono ammessi soggetti sia pubblici sia privati e, tra questi, sia for profit sia no profit.
- 4.2. Alla luce delle rispettive funzioni istituzionali, risultano destinatari principali del presente avviso Regioni e Province Autonome, Aziende ed enti del SSN, Comuni ed enti locali, Enti gestori di ambiti, zone e servizi socio-sanitari e socio-assistenziali. Tuttavia, possono altresì partecipare Istituti scolastici,

Università (o dipartimenti e centri interni), Fondazioni, Enti del Terzo Settore, Associazioni sindacali o di categoria, Enti previdenziali del settore sanitario, Imprese e aziende private.

4.3. Nel caso in cui si tratti di un intervento realizzato da un partenariato, la domanda è ammessa se presentata dal soggetto capofila. La presentazione da parte di un soggetto partner, ad esempio nell'ipotesi in cui l'intervento sia parte di un progetto più ampio, necessita dell'autorizzazione del soggetto capofila, la quale può essere dichiarata anche mediante autocertificazione ai sensi dell'art. 47 del D.P.R. 445/2000.

4.4. Nel caso in cui a presentare un intervento sia il responsabile di un'articolazione interna di un'amministrazione (es. il dipartimento di un'ASL, il centro di ricerca di un'Università, il servizio di un Comune) è necessario che la domanda sia sottoscritta dal legale rappresentante dell'ente, salvo che il predetto responsabile dichiari, anche mediante autocertificazione, di aver ricevuto espressa autorizzazione da parte del legale rappresentante medesimo.

5. Modalità e termini di partecipazione.

5.1. Per rispondere all'avviso è necessario registrarsi sul sito del Repertorio all'indirizzo <https://respes.inmp.it>, inoltrando attraverso il sistema informatico la domanda di partecipazione, unitamente alla documentazione richiesta.

5.2. La compilazione della scheda-intervento sarà possibile a partire dal **2 marzo 2021** e fino al **30 aprile 2021**.

5.3. In sede di registrazione dell'utente, oltre a una dichiarazione di presa visione dell'informativa sul trattamento dei dati personali, verrà richiesto il caricamento dell'autocertificazione dei dati personali, ex art. 46, D.P.R. 445/2000 unitamente alla copia di un documento di identità in corso di validità.

5.4. In sede di compilazione della scheda-intervento, all'utente verrà altresì richiesto il caricamento delle seguenti dichiarazioni, debitamente sottoscritte:

- dichiarazione di presa visione e di accettazione delle disposizioni contenute nel presente Avviso, nel Disciplinare sulla tenuta del Repertorio e nelle Linee guida metodologiche per la valutazione degli interventi;
- dichiarazione sul possesso dei requisiti soggettivi per la sottoposizione dell'intervento alla valutazione ai sensi del par. 4 del presente Avviso;
- assunzione di responsabilità da parte dell'utente per gli eventuali pregiudizi derivanti a terzi dalla pubblicazione dell'intervento nel Repertorio e relativa dichiarazione liberatoria a favore di INMP.

5.5. La scheda-intervento, di cui se ne fornisce in allegato un fac-simile, sarà integralmente compilabile *on line*. La scheda-intervento *on line* prevede la possibilità di allegare ulteriore documentazione illustrativa.

6. Webinar di presentazione e servizio di help desk.

6.1. Allo scopo di supportare i soggetti interessati mediante un'adeguata informazione sulle caratteristiche degli interventi rilevanti, sui requisiti di partecipazione e sulle modalità di compilazione della domanda, sarà previsto un *webinar* di presentazione del Repertorio, durante il quale l'Istituto fornirà indicazioni dettagliate e suggerimenti pratici per un'ottimale risposta all'avviso e sarà possibile per i partecipanti rivolgere richieste di chiarimento.

6.2. Sarà altresì attivo, nel periodo di apertura dell'Avviso, un servizio di *help desk* tramite sistema di *ticketing* o *live chat*. In alternativa, è possibile inviare una e-mail all'indirizzo di posta elettronica respes@inmp.it.

7. Valutazione: procedura ed esiti

7.1. La valutazione farà capo al Comitato di esperti valutatori (CEV) il quale è stato costituito dall'INMP allo scopo di progettare e alimentare il Repertorio.

7.2. Il Repertorio si basa su di un modello di valutazione nel quale sono stati armonizzati i due principali approcci presenti nella letteratura e nelle politiche concernenti le buone pratiche di sanità pubblica: l'approccio "*evidence based*", che incentra la valutazione sulla base delle prove scientifiche di efficacia disponibili, e l'approccio della "*process evaluation*", il quale considera la rispondenza degli interventi a criteri di qualità nelle fasi della progettazione, applicazione e valutazione. Tale modello (c.d. modello E.S.T.; Faggiano 2015, Caristia 2015) ruota intorno a tre principali criteri di valutazione: l'efficacia, la sostenibilità, la trasferibilità. Per la descrizione analitica dei criteri di valutazione si rinvia alle linee guida metodologiche.

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

A. Valutazione di ammissibilità

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

7.5. 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.

7.6. Nel caso in cui il coordinatore del CEV, anche su segnalazione del componente interessato, 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.

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

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

7.8. 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.

7.9. 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

7.10. 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.

7.11. 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.

7.12. 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.

7.13. Il relatore, che si avvale del supporto della segreteria tecnico-scientifica, cura la stesura di un rapporto, che comprende anche i risultati delle ricerche di letteratura mirate a identificare studi di valutazione di simili interventi condotti in Italia e all'estero, e formula una proposta di valutazione sulla base degli indicatori presenti nella scheda di valutazione allegata alle Linee Guida Metodologiche.

7.14. 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.

7.15. La valutazione di merito si svolge in due *step*. Nel primo viene valutata l'efficacia dell'intervento, con una scala di punteggio 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.

7.16. 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.
- 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.
- 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.
- 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.

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.

7.17. Per una descrizione analitica dei punteggi e dei giudizi sintetici sopra esposti, si rinvia alle linee guida metodologiche.

8. Comunicazione e pubblicazione dell'esito della valutazione, immissione degli interventi nel Repertorio.

8.1. L'esito della valutazione di merito è trasmesso, unitamente al rapporto finale, al responsabile INMP del Repertorio, che ne dispone la comunicazione ai soggetti proponenti, ai quali viene reso disponibile anche il rapporto.

8.2. Insieme alla comunicazione dell'esito della valutazione, è assegnato altresì un termine di 15 giorni entro il quale i soggetti proponenti possono contestare l'esito della valutazione e chiedere una rivalutazione da parte del Comitato. La richiesta deve essere corredata da una specifica motivazione formulata in base ad elementi che trovino riscontro esclusivamente all'interno della scheda-intervento già caricata dallo stesso proponente. In assenza della motivazione non si procede alla rivalutazione.

8.3. Entro 15 giorni dalla presentazione della domanda, il Coordinatore dispone la rinnovazione del procedimento di valutazione di merito e nomina di un nuovo relatore, diverso dal precedente. Il procedimento di rivalutazione si conclude con una deliberazione del CEV, di norma entro 30 giorni dall'assegnazione del dossier al nuovo relatore. Il termine di 30 giorni è differibile da parte del Coordinatore del CEV, in accordo con i proponenti, al fine di consentire una rivalutazione quanto più possibile completa.

8.4. In caso di rivalutazione di un intervento, il CEV, in base agli elementi adottati a sostegno della richiesta, può ritenere che la valutazione dello stesso risulti significativamente controversa. In questa ipotesi, l'INMP si riserva di non procedere alla pubblicazione degli esiti e alla immissione dell'intervento nel Repertorio, dandone comunicazione al proponente.

8.5. Quando il termine di cui al punto 8.2 sia trascorso senza che alcuna richiesta di rivalutazione sia pervenuta, l'esito è pubblicato.

8.6. A seguito della pubblicazione dell'esito della valutazione, l'intervento è immesso nel Repertorio e collocato nella sezione corrispondente al giudizio sintetico assegnatogli. L'immissione comporta la

pubblicazione, oltre che del giudizio sintetico, sia di una scheda contenente i punteggi analitici (corredati dalla motivazione degli stessi e da ogni eventuale altra annotazione che il Comitato ritenga di indicare) sia di una scheda contenente la descrizione dell'intervento, predisposta in base alla scheda-intervento compilata dal proponente in sede di candidatura.

- 8.7. Fatta salva la facoltà di richiedere una rivalutazione dell'intervento secondo le procedure di cui sopra, il giudizio del CEV resta altrimenti insindacabile.
- 8.8. L'INMP prende atto che il giudizio del CEV costituisce una valutazione indipendente, del cui merito non assume alcuna responsabilità.
- 8.9. L'immissione nel Repertorio non determina necessariamente l'instaurazione di alcun rapporto giuridico con l'INMP né dà titolo all'assegnazione di contributi.

9. Promozione degli interventi selezionati. Valorizzazione del Repertorio per l'attività istituzionale e progettuale dell'INMP.

- 9.1. Il patrimonio di conoscenza emergente dall'attività di valutazione e reso disponibile attraverso l'inclusione degli interventi valutati nel Repertorio sarà valorizzato all'interno dell'offerta formativa dell'INMP, il quale potrà coinvolgere, a tal fine, i soggetti promotori degli interventi medesimi ai fini di una più efficace circolazione e di una più ampia condivisione dei rispettivi modelli di intervento e delle rispettive esperienze nella realizzazione delle buone pratiche valutate.
- 9.2. Gli interventi che abbiano ottenuto una valutazione positiva, corrispondente a uno degli esiti di cui alle lettere da *a*) a *d*) del par. 7.16 del presente avviso, potranno ricevere particolari menzioni in base ai risultati ottenuti o alle potenzialità di sviluppo dimostrate nella riduzione delle disuguaglianze di salute, ad esempio con riferimento a specifiche comunità target oppure a determinate strategie di prevenzione e promozione della salute.
- 9.3. Alla luce della pianificazione strategica dell'INMP, la quale prevede l'avvio di nuove progettualità finalizzate al sostegno e all'implementazione di interventi di riduzione delle disuguaglianze di salute, il Repertorio costituirà uno strumento rilevante anche per orientare l'Istituto nello sviluppo di progetti da esso finanziati e nella formazione dei relativi partenariati, con eventuale ricorso agli elenchi di cui al successivo paragrafo.
- 9.4. I soggetti promotori degli interventi che siano stati valutati come raccomandabili saranno iscritti in due elenchi, uno dei soggetti pubblici, l'altro dei soggetti privati, che l'Istituto potrà utilizzare per l'individuazione di *partner* da coinvolgere nella co-progettazione e realizzazione comune di interventi,

alla luce della particolare competenza e capacità realizzativa attestate dall’attuazione degli interventi valutati.

9.5. Per quanto riguarda gli interventi classificati come “promettenti”, l’Istituto si riserva di considerare l’opportunità di valorizzare quelli particolarmente innovativi, attraverso progetti *ad hoc* di valutazione esterna che utilizzino metodi quali-quantitativi adeguati alla misura dei risultati documentati.

10. Rinvio al Disciplinare sulla tenuta del Repertorio e alle Linee guida metodologiche.

10.1. Si raccomanda la lettura del Disciplinare sulla tenuta del Repertorio e delle Linee guida metodologiche, ai quali si rinvia anche per ogni aspetto del funzionamento del Repertorio e del procedimento di valutazione non considerato nel presente avviso.

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.

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, 123-129.

Costa G., Faggiano F. (eds.) (1994), *L'equità nella salute in Italia. Rapporto sulle diseguaglianze 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., 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, 109-123.
- 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.
- Petrelli A., Frova L. (eds.) (2019), *Atlante italiano delle diseguglianze 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.
- 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.