

**Allegato**

***"Valutazione di efficacia e  
definizione di modello integrato di  
promozione della salute"***

(progetto ex art. 12 lett. b) del d. lgs. 229/99)

Novembre 2007

# **Raccomandazioni per gli operatori**

## INDICE

Introduzione	pag. 4
A chi sono rivolte le raccomandazioni?	pag. 7
Perché sono state realizzate?	pag. 7
Come sono state sviluppate?	pag. 10
Come possono essere utilizzate?	pag. 11

### SEZIONE I

<u>Stadio 1°</u>	pag. 14
Definire un modello integrato di promozione della salute	
<u>Stadio 2°</u>	pag. 26
Definire un modello per la valutazione di efficacia in promozione della salute	
<u>Stadio 3°</u>	pag. 36
Definire l'impianto per la valutazione di un programma integrato	
Domande chiave per lo sviluppo della valutazione di efficacia	pag. 42

### SEZIONE II

<u>Raccomandazioni</u> per la valutazione di progetti integrati di promozione di stili di vita sani con particolare riferimento a supporto all'attività fisica, assunzione di stili alimentari appropriati ed al contrasto al tabagismo	pag. 45
Riferimenti Bibliografici	pag. 70

## INTRODUZIONE

Nella promozione della salute è ormai un dato accertato la necessità di lavorare al fine di supportare l'acquisizione di *stili di vita sani*. Secondo l'OMS, lo stile di vita è *un modo di vivere basato su profili identificabili di comportamento che sono determinati dall'interconnessione tra caratteristiche individuali, interazioni sociali e condizioni socioeconomiche e ambientali. Se si deve migliorare la salute delle persone attraverso il cambiamento dei loro stili di vita, gli interventi devono essere diretti non solo verso gli individui stessi ma anche alle condizioni sociali e all'ambiente di vita quotidiano che interagiscono nel produrre e mantenere questi profili di comportamento*<sup>1</sup>. Sviluppare questo approccio significa evidenziare lo stretto legame che le ricerche *evidence based* riportano tra condurre stili di vita sani (alimentazione, attività fisica ecc.) e la prevenzione di malattie cronico degenerative.

Questo legame è alla base del progetto di ricerca finalizzata promosso dalla Regione Lombardia e del quale fanno parte le Raccomandazioni qui presentate: “Il nesso causale tra corretti stili di vita e salute, in particolare corretta alimentazione e attività fisica, è noto fin dalle origini della medicina moderna; negli ultimi anni tale nesso è stato documentato da moltissime ricerche sul campo che hanno identificato i meccanismi biologici alla base del danno o del ruolo protettivo esercitato dai differenti fattori. Non solo, il numero dei decessi, gli anni di vita persi e gli anni vissuti in condizioni di inabilità per malattie croniche attribuibili ad errati stili di vita è rilevante: le malattie croniche non trasmissibili costituiscono infatti la prima causa di morte e di inabilità nei paesi industrializzati, pur essendo largamente prevenibili. Nella tabella che segue si riportano le percentuali di DALY (Disability Adjusted Life Years) attribuibili ad alcuni determinanti di salute nella Regione subeuropea EuroA dell'OMS (fonte : WHO: the World Health Report)

---

<sup>1</sup> Organizzazione Mondiale della Sanità, Glossario della Promozione della Salute, 1998

<b>Determinante di salute</b>	<b>%DALY Maschi</b>	<b>%DALY Femmine</b>
Fumo	17.1	6.2
Alcol	14.0	3.3
Soprappeso	6.9	8.1
Sottopeso	0.4	0.4
Basso consumo frutta e verdura	4.3	3.4
Inattività fisica	3.3	3.2

Nel corso dell'ultimo decennio numerosi sono stati i progetti e gli interventi posti in atto, sia su scala nazionale che di singola azienda sanitaria locale, tuttavia la maggior parte delle analisi sull'efficacia di detti interventi si è svolta in ambito anglosassone, mentre a livello nazionale un'approfondita revisione in materia non risulta essere stata svolta" (Regione Lombardia, Progetto "Valutazione di efficacia e definizione di modello integrato di promozione della salute". Motivazioni, obiettivi e criteri motivazionali e obiettivo finale).

*"Guadagnare Salute": lo scenario di riferimento*

In questa linea si è sviluppato un considerevole contributo di indirizzo e coordinamento dell'Unione Europea al quale fa riferimento anche il nostro Paese attraverso le azioni incluse nei Piani di Prevenzione Nazionale e Regionali coordinati dal Centro per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ed in particolare, da menzionare per la sua valenza politica, attraverso gli accordi e le alleanze interistituzionali promosse e sancite dalla recente iniziativa del Ministro della Salute: *"Guadagnare in Salute. Rendere facili le scelte salutari"*. Il senso di questa strategia è che "il Servizio sanitario non può fare tutto!" "I comportamenti nocivi recano malattie che pesano sui sistemi sanitario e sociale ma le loro cause sono al di fuori di questi ultimi. Per contrastarlo sono necessarie ad esmpio politiche per: favorire la mobilità e l'attività fisica delle persone (trasporti e verde urbano), sostenere il consumo di frutta e verdura, ridurre la concentrazione di sale, zucchero e grassi negli alimenti, ridurre la quota di alimenti altamente calorici nella dieta, scoraggiare il più possibile il fumo di sigaretta, ridurre l'abuso di alcol. Ogni intervento di educazione e promozione della salute

dovrà tenere conto delle disuguaglianze sociali nella salute ... allo scopo di raggiungere il più possibile i gruppi di popolazione più a rischio”.<sup>2</sup>

Non è quindi inusuale constatare quanti progetti nell’ambito della sanità pubblica si rivolgano proprio alla finalità di prevenire tali malattie attraverso processi di educazione sanitaria finalizzati al cambiamento negli stili di vita. Tuttavia non esiste al momento una recensione di tali progetti in Italia, tanto meno una reale valutazione della loro efficacia. Non sappiamo quindi se ci si sta muovendo nella direzione giusta, quali sono gli interventi che hanno ottenuto un impatto sulla salute della popolazione, quali fattori considerare nella progettazione di un intervento efficace, quali indicatori monitorare per valutare l’efficacia di tali interventi.

La stessa questione, in realtà, è già stata oggetto di progetti di ricerca europei e internazionali che hanno prodotto una rilevante letteratura sulle linee guida e le raccomandazioni per l’educazione alla salute nell’ambito dell’alimentazione, dell’attività fisica e del tabagismo, quest’ultimo soprattutto in riferimento alla prevenzione secondaria e terziaria.

Da un punto di vista operativo e di programmazione in Sanità Pubblica sono due le questioni che si vogliono affrontare attraverso le Raccomandazioni prodotte all’interno del Progetto della Regione Lombardia:

- a) quali sono i criteri ed i requisiti di un programma integrato efficace per l’acquisizione di comportamenti sani in relazione all’alimentazione, all’attività fisica e al tabagismo
- b) quali passaggi metodologici padroneggiare nel disegno e nell’implementazione della valutazione d’efficacia di tali programmi.

Le presenti Raccomandazioni si generano da tali assunti e la loro elaborazione si è sviluppata attraverso l’avvio di un processo in grado di rileggere quanto fatto finora in Italia ed elaborare un modello di promozione della salute integrato con un corrispondente quadro di riferimento per la valutazione d’efficacia dei progetti per la promozione di stili di vita sani.

---

<sup>2</sup> Ministero della Salute, Guadagnare in salute. Rendere facili le scelte salutari, 2006

## **A CHI SONO RIVOLTE LE RACCOMANDAZIONI?**

Queste Raccomandazioni sono indirizzate ai professionisti del settore sanitario e di altri settori interessati a progettare e implementare azioni di promozione della salute e di educazione sanitaria e ai membri della comunità a livello locale, regionale e nazionale; quindi ai diversi stakeholder che giocano un ruolo negli interventi per una corretta alimentazione, attività fisica e per contrastare il tabagismo.

Sono state scritte con il lavoro realizzato per il progetto di ricerca “valutazione di efficacia e definizione di modello integrato di promozione della salute” e sono basate sui risultati della ricerca sulla realtà italiana e sullo studio della letteratura internazionale e nazionale.

Esse includono dati sulle evidenze nel lavoro preventivo e per la promozione di stili di vita sani e indicazioni metodologiche sulla valutazione di efficacia degli interventi.

Lo scopo di queste raccomandazioni è

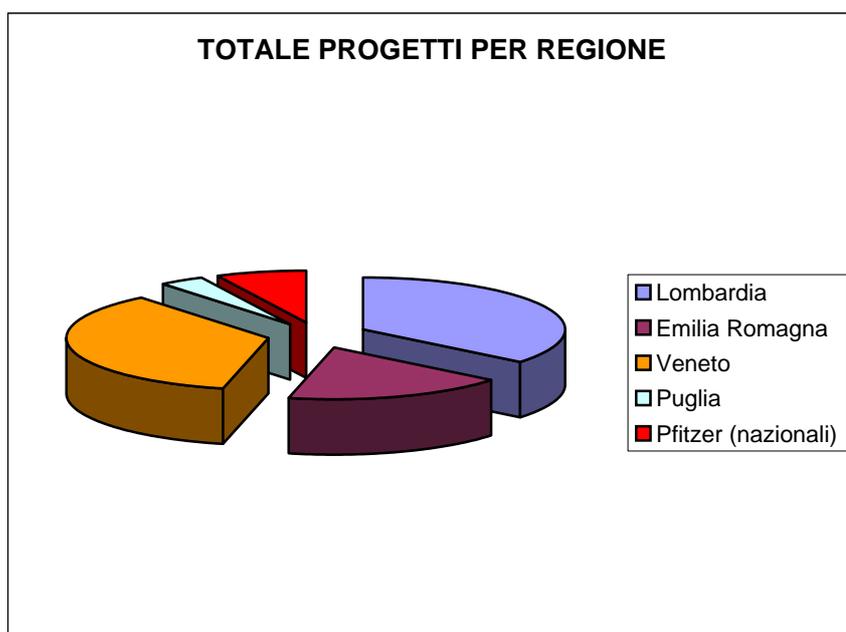
**Supportare il disegno, l’implementazione e la valutazione dell’efficacia di programmi integrati per la promozione di stili di vita sani nell’ambito dell’alimentazione dell’attività fisica e del tabagismo.**

## **PERCHÉ SONO STATE REALIZZATE?**

La necessità di valutare l’efficacia delle azioni per promuovere stili di vita sani è una questione ormai consolidata nel contesto internazionale ma anche nell’ambito della Sanità Pubblica Italiana. Gli interventi di promozione della salute e di educazione alla salute sono un grosso investimento di risorse economiche, umane, di desideri e progetti per il futuro. C’è bisogno di capire in quale direzione si muovono le azioni in questi ambiti, quali sono le più efficaci, come programmare quelle future, in che modo organizzare un *welfare* equo e capace di gestire le risorse al meglio possibile.

Spesso si pone molta attenzione ai passaggi metodologici della programmazione e alla valutazione della soddisfazione dell'intervento, meno alla valutazione dell'efficacia dei programmi. I grafici che seguono mostrano i risultati della ricerca tra le regioni coinvolte nel progetto circa l'attuazione di una valutazione di efficacia e dei suoi requisiti.

*Fig. 1 – Rapporto dell'UO Cochrane su progetti selezionati, elaborato dalla Dott.ssa Silvia Minozzi*



**TOTALE PROGETTI PER REGIONE**

*Lombardia: 20*

*Veneto: 20*

*Emilia Romagna: 10*

*Puglie: 2*

*Pfitzer (programmi nazionali): 4*

*Piemonte: 0*

Fig. 2 – Risultati revisione Cochrane su progetti selezionati, elaborato dalla Dott.ssa Silvia Minozzi

- Progetti che valutano **solo conoscenze o attitudini**: 6
- Progetti che hanno anche una **valutazione di follow up** (range 4 mesi – 3 anni): 14
- Progetti ancora in corso senza misurazione del risultato o conclusi ma che **non riportano i risultati**: 18

La sfida per i professionisti è quella di promuovere stili di vita sani attraverso progetti efficaci in modo da mobilitare il supporto politico, organizzativo e della comunità.

Il tema dell'efficacia e, più in generale, degli impatti degli interventi rappresenta il tema attuale della promozione della salute. Il discorso sull'efficacia degli interventi di promozione della salute si pone tuttavia in modo diverso rispetto ad altri settori. Per questo, ai presupposti teorici ed alle conseguenze metodologiche di una *Evidence Based Health Promotion* è stato dedicato un capitolo apposito di questo volume. La valutazione di efficacia dei programmi integrati di promozione della salute si basa infatti su un network epistemologico che deriva dalla sua natura multidisciplinare.

La definizione di “Raccomandazioni” deriva dalla letteratura scientifica che individua differenti tipologie di strumenti per la valutazione della qualità degli interventi destinati agli operatori a partire dal metodo attraverso il quale sono state prodotte. Le Linee guida sono “raccomandazioni di comportamento clinico, elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni di esperti, con lo scopo di aiutare i medici e i pazienti a decidere le modalità assistenziali più appropriate in specifiche situazioni cliniche” (PNLG). Ovviamente questa definizione tiene conto delle specificità che aiutano a definire efficaci gli interventi in ambito clinico. In promozione ed educazione alla salute ci troviamo in una realtà diversa da quella clinica e con delle peculiarità che riguardano il cambiamento di comportamenti abituali (fare movimento, alimentarsi in un certo modo, fumare) tramite

processi rivolti alla persona ed alla comunità. Pertanto, a partire dalle distinzioni enucleate nel manuale metodologico del PNLG,

**le presenti raccomandazioni si basano su una *review* sistematica delle evidenze in questo settore e sulla costruzione di un consenso tra esperti (intendendo per *expertise* anche il sapere di tipo esperienziale degli operatori)**

## **COME SONO STATE SVILUPPATE LE RACCOMANDAZIONI?**

Queste raccomandazioni sono il prodotto di un lungo lavoro di ricerca proposto e realizzato da un *network* di soggetti presenti a livello nazionale coordinato dalla Regione Lombardia<sup>3</sup>.

La ricerca si è sviluppata in quattro fasi principali:

- 1- documentazione di progetti di promozione della salute nell'area dell'alimentazione, attività fisica, tabagismo; questa parte è stata coordinata dall'Università di Pavia (appendice A)
- 2- Selezione e catalogazione dei progetti secondo i criteri Cochrane e sintesi delle revisioni sistematiche della letteratura Cochrane relativamente alle tre aree del progetto (appendice B)
- 3- Implementazione dei dati con una *review* su progetti italiani pubblicati in riviste scientifiche e studio della letteratura sul tema. Trasposizione dei dati raccolti sotto forma di Raccomandazioni. Lavoro coordinato dallo CSES di Perugia

---

<sup>3</sup> Le Unità Operative (UO) del progetto: UO Prevenzione – Direzione Generale Sanità Regione Lombardia, Agenzia Regionale Sanitaria (ARES) Regione Puglia, Agenzia Regionale Sanitaria Regione Emilia Romagna, Regione Veneto Dipartimento per la Prevenzione, DORS Regione Piemonte, CIPES Piemonte, Centro Ricerca sulle Terapie Neurovegetative – Università di Milano, Università di Pavia – Dipartimento Medicina preventiva Occupazionale e di Comunità – Sezione Igiene, Associazione AREAS Centro Cochrane Italiano, Libera Università di Lingue e Comunicazione, Università di Perugia - Centro Sperimentale per l'Educazione Sanitaria (CSES)

- 4- Organizzazione di un *workshop* con tutti i soggetti coinvolti nel progetto di ricerca integrati da esperti esterni per validare le Raccomandazioni e fornire idee su come trasferire queste raccomandazioni nella pratica.

Nella prima fase, le UO Regionali (Lombardia, Puglia, Emilia Romagna, Piemonte e Veneto) hanno selezionato un certo numero di progetti ritenuti di particolare rilevanza sia dal punto di vista dei risultati ottenuti sia dal punto di vista della qualità metodologica della fase valutativa. Lo screening dei progetti ha utilizzato una scheda di rilevazione progettata ad hoc. Questa fase è stata coordinata dall'Università di Pavia che ha analizzato i dati raccolti in un database e ha redatto il relativo rapporto (APPENDICE A). Nella seconda fase del progetto, l'UO AREAS-Cochrane ha provveduto ad un'analisi di merito dei progetti individuando in particolare le criticità dei modelli di valutazione adottati. La sintesi di questo lavoro è allegata a questo volume (APPENDICE B). Nella terza fase del progetto l'UO CSES ha svolto un'ulteriore revisione bibliografica sulla letteratura scientifica nazionale. Questa revisione, non prevista nel progetto iniziale, si è resa necessaria per completare il quadro dei modelli di valutazione usati nella pratica degli interventi sul campo. A partire da questa ulteriore revisione e sulla base delle precedenti relazioni, è stata redatta una prima versione delle Raccomandazioni che è stata sottoposta alla valutazione delle UO. Infine, la quarta fase ha visto l'organizzazione di un workshop di livello nazionale articolato nel modo di una Consensus Conference. Da quest'ultimo passaggio sono emerse le Raccomandazioni nella versione definitiva che è riportata nella seconda sezione di questo volume.

## **COME POSSONO ESSERE UTILIZZATE?**

Le Raccomandazioni che costituiscono il prodotto finale del progetto di ricerca finalizzata, costituiscono la parte fondamentale di un testo articolato in due sezioni. Questo testo è articolato in due grandi sezioni.

Nella prima, gli esempi di buona pratica nella valutazione di efficacia per la promozione di stili di vita sani sono stati utilizzati per costruire un percorso a stadi volto a guidare gli operatori ed i servizi coinvolti nella progettazione e nell'implementazione di interventi integrati di promozione della salute. Questa prima sezione è articolata in tre stadi:

Stadio 1 - *Definire un modello integrato di promozione della salute*

Stadio 2 - *Definire un modello per la valutazione di efficacia in promozione della salute*

Stadio 3 - *Definire l'impianto per la valutazione di un programma integrato*

Ogni stadio contiene i punti chiave per la definizione e l'implementazione della valutazione di efficacia. Alla fine di ogni stadio c'è un sommario dei punti chiave.

La seconda sezione comprende le Raccomandazioni specifiche in relazione alle tematiche dell'alimentazione, dell'attività fisica e del tabagismo così come emerse al termine della quarta fase del progetto. Pur non essendo specificamente previsto negli obiettivi del progetto di ricerca, per alcune Raccomandazioni vengono proposti i relativi indicatori a scopo esemplificativo.

## **SEZIONE I**

**STADIO 1°**  
**DEFINIRE UN MODELLO INTEGRATO DI PROMOZIONE DELLA**  
**SALUTE**

**Il modello dello *European Health Promotion Indicators Development* sullo sviluppo di salute e sulla promozione della salute**

L'analisi e la discussione sui dati relativi all'efficacia dei progetti di promozione della salute svolti nel nostro contesto nazionale ha evidenziato quanto sia importante adottare un modello di salute di riferimento, al fine di definire gli "oggetti della valutazione di efficacia".

Il modello di salute deve produrre orientamenti sul monitoraggio e la valutazione d'efficacia degli interventi al fine di massimizzare l'impatto sulla salute.

Fin dall'avvio del progetto, i gruppi di lavoro hanno, di fatto, voluto precisare la collocazione in un'ottica di promozione della salute all'interno della quale trova senso il processo di comunicazione sulla salute sia esso di tipo educativo che di tipo informativo (entrambi i tipi perseguono obiettivi promozionali ma sono distinti in termini di obiettivi specifici e conseguentemente di metodi). Lo snodo della strategia di promozione della salute è il fattore educativo. L'educazione è lo strumento privilegiato per il raggiungimento di quel controllo sui determinanti della salute che la strategia di promozione della salute si pone come finalità.

In che cosa consiste un intervento di educazione alla salute?

**Un intervento di educazione alla salute si caratterizza con una specificità educativa volta a dare autonomia (controllo) e a produrre un cambiamento cognitivo e comportamentale attraverso strategie che pongano la persona al centro del processo e rimandino all'importanza e all'influenza del contesto nel produrre un cambiamento e nel mantenerlo. Si differenzia così da altri interventi che si propongono solo le finalità di informare e sensibilizzare.**

Tradizionalmente le azioni di prevenzione dei fattori di rischio comportamentali si sono rivolte ai singoli comportamenti. Coerentemente con l'approccio della promozione della

salute, si stanno diffondendo interventi che affrontano il campo dei “determinanti comportamentali” agendo contemporaneamente su diversi aspetti dello stile di vita in vista di un mutuo rinforzo. Alla base di questa opzione vi sono considerazioni legate principalmente al modello di salute oggi considerato più valido oltre che al vantaggio di questi approcci in termini di impatto e sostenibilità come comincia a emergere dalla ricerca più recente.

La definizione di una teoria di riferimento, tanto sulla salute che sulla promozione della salute, è, di fatto, un fattore chiave nello sviluppo di indicatori per il monitoraggio e la valutazione d’efficacia (approccio *theory based*).

La teoria della promozione della salute aiuta a definire in modo più innovativo e opportuno le variabili del cambiamento verso un migliore equilibrio di salute, facilitando con ciò l’individuazione di indicatori da monitorare sia rispetto ai fattori protettivi sia rispetto ai fattori e comportamenti a rischio.

Il modello elaborato dal progetto EUHPID<sup>4</sup> risulta una sintesi coerente e di facile comprensione dei concetti correlati al discorso sugli stili di vita, salute e valutazione d’efficacia. Il modello è basato su una prospettiva socio-ecologica di salute. La sua peculiarità risiede nell’aver cercato di *connettere*, e non tanto di contrapporre, diverse prospettive attualmente in uso nei contesti di cura e di sanità pubblica, evidenziando in quale direzione riorientare le azioni per promuovere salute e qualità della vita. A supporto ricordiamo la definizione della promozione della salute tratta dall’ *Health Promotion Glossary* (1998).

**La promozione della salute é il processo che consente alle persone di acquisire un maggior controllo dei determinanti della propria salute e di migliorarla.**

Il modello EUHPID prima di selezionare e costruire indicatori ha definito un modello di salute che:

- fosse semplice, facile da comprendere e comunicare

---

<sup>4</sup> Il progetto EUHPID finanziato dall’Unione Europea e costituito dai rappresentanti di diverse università appartenenti ai vari stati dell’Unione si proponeva di elaborare un *framework* concettuale e un set di indicatori per la valutazione di interventi di promozione della salute. Al progetto ha partecipato il Centro sperimentale per l’educazione sanitaria dell’Università di Perugia.

- fosse di aiuto alla operatività
- fosse costituito da un insieme di elementi distinti per evitare classificazioni incomplete
- utilizzi un numero limitato di concetti e una terminologia familiare al settore della salute pubblica
- considerasse la promozione della salute un valore
- considerasse la prospettiva *patogenica e salutogenica*
- considerasse l'interazione tra individui, gruppi sociali, classi sociali e ambiente
- distinguesse tra esiti di sviluppo del processo di salute e interventi intenzionali nel processo di sviluppo
- considerasse il tempo come una dimensione critica della salute e un fenomeno dinamico dello sviluppo di salute quale processo nel corso della vita umana
- intendesse la promozione della salute come un complesso programmato, un *input intenzionale* nel processo continuo di sviluppo del potenziale di salute.

Il concetto di *health development* (sviluppo di salute) intende evidenziare che la salute dei sistemi viventi non è una condizione data, ma un processo che si *ri-produce* continuamente nel tempo. Ogni sistema vivente ha un suo potenziale sviluppo di salute che si riproduce a partire dalle azioni degli stessi sistemi viventi, i quali fanno uso di risorse interne ed esterne (salutogenesi) al fine di conservare la propria identità bio-psico-sociale contro i fattori di rischio (inserimento della patogenesi del sistema) di un ambiente complesso.

La salute si sviluppa in maniera positiva o negativa nel corso della vita - interventi intenzionali in questo processo di sviluppo possono venire dai sistemi di prevenzione, cura, riabilitazione e/o dalla promozione della salute (ai vari livelli: da quello individuale al sistema ambientale).

Il modello, basato sulla teoria dei sistemi, è sviluppato includendo i seguenti punti chiave:

1. la definizione di salute dell'Organizzazione Mondiale della Sanità come equilibrio tra la dimensione fisica, mentale e sociale,
2. il concetto di salute che si sviluppa nell'interazione tra l'individuo e il suo ambiente

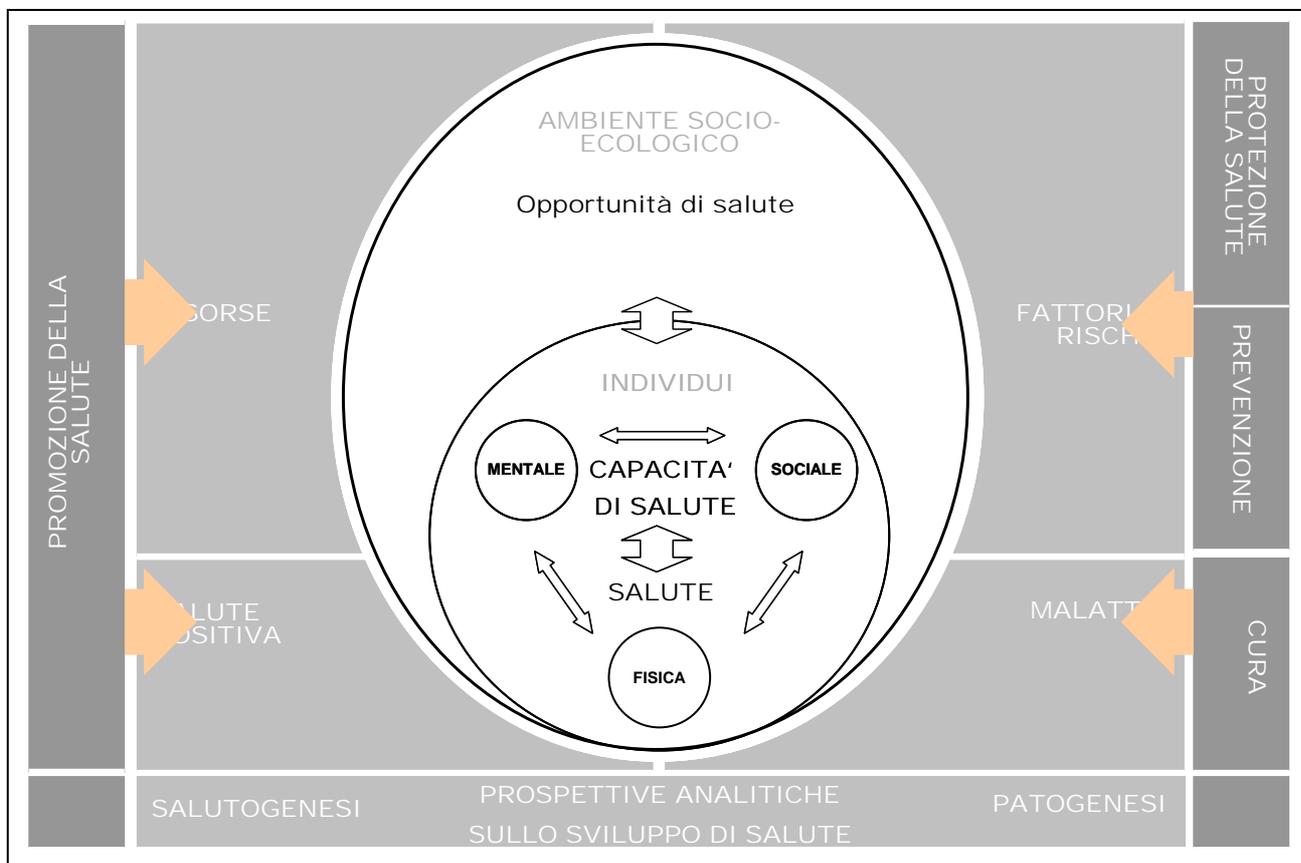
3. il concetto di sviluppo continuo della condizione di salute da una prospettiva salutogenica (risorse di salute e salute positiva) o patogenica (fattori di rischio o malattia)
4. il processo spontaneo di sviluppo di salute che deve essere distinto da interventi intenzionali nel processo finalizzato ad accrescere la salute
5. le aree di azione della carta di Ottawa per gli interventi di promozione della salute

Il modello è schematizzato nella figura 3. Nella parte circolare più al centro del rettangolo troviamo le dimensioni della salute, le quali si definiscono in rapporto alle capacità delle persone di gestire e controllare la loro salute. L'individuo nelle sue componenti bio-psicosociali si inserisce in un contesto più ampio, quello del suo ambiente e delle opportunità di salute che vi trova.

Il modello distingue tre dimensioni, fisica-mentale e sociale, le frecce illustrano la loro stretta interdipendenza; la salute dell'individuo è connessa alle sue capacità di salute:

**Le capacità di salute sono definite come proprietà o azioni dell'individuo che contribuiscono allo sviluppo della propria salute**

Fig. 3 – Il modello dello European Health Promotion Indicators Development sullo sviluppo di salute – Davies et al. (2006)



Si distinguono tre dimensioni delle capacità di salute fortemente interrelate, quella fisica (es. fitness), mentale (es. senso di coerenza, dare un senso a ciò che succede) e dimensione sociale (relazioni, sostegno sociale). La salute dell'individuo non è creata e vive di per sé ma è la risultante di un'interazione forte, continua e dinamica di questi con il suo ambiente socio-ecologico. Di conseguenza nel lavoro intenzionale di supporto allo sviluppo di salute non si dovrà agire solo a livello di sviluppo di conoscenze e capacità ma si dovrà intervenire anche creando opportunità nel contesto, modelli coerenti nei *setting* di riferimento (famiglia, scuola, lavoro, comunità).

Queste dimensioni ecologiche che rivestono un'importanza chiave per la salute della popolazione sono quelle che accrescono o diminuiscono le opportunità per uno sviluppo di salute sostenibile. Il termine opportunità di salute sottolinea che la persistenza di disuguaglianze in salute nelle nostre società è in larga parte dovuta a un'iniqua distribuzione di tali opportunità.

## **Salutogenesi e patogenesi: modelli per lo sviluppo di salute**

Tra le opportunità si incorporano a loro volta aspetti legati a come lo stato di salute possa impattare le abilità della persona di essere coinvolta in relazioni, avere amici, trovare lavoro. Tutto ciò riguarda una naturale evoluzione della valutazione delle condizioni dello stato di salute che, come ricordavamo, si muove in un *continuum* tra un polo di completo benessere e un polo di malattia. Non si tratta, quindi, di stabilire se una persona è sana o malata, bensì di stabilire in che misura essa si allontana o si avvicina ai punti estremi di salute e di malattia. Tale evoluzione naturale può incepparsi e può essere affrontata a partire da due differenti modi di vedere la salute, un modello detto *patogenesi* e uno detto *salutogenesi*. La patogenesi concerne tutto ciò che potrebbe provocare l'insorgere di una malattia, si interessa dunque principalmente della patologia, di come si genera e di come può essere contrastata. In questo senso occuparsi della salute delle persone significa offrire cure adeguate, sviluppare azioni di prevenzione in grado di indirizzare gli stili di vita e le caratteristiche dell'ambiente, in modo da evitare tutto ciò che porta all'insorgenza della malattia.

**La salutogenesi (Antonovsky, 1996) si interessa principalmente di ciò che crea salute ovvero di tutto ciò che permette alle persone, anche in situazioni di forte avversità (un trauma, una malattia cronica, la disabilità, precarie condizioni socioeconomiche), di compiere scelte di salute utilizzando risorse (interne ed esterne) e implementando capacità.**

I due costrutti principali della salutogenesi sono: le risorse generali di resistenza (GRRs) e il senso di coerenza (SOC) (Lindström, Eriksson, 2005).

**Le risorse sono di diverso tipo: interne (fattori biologici, caratteristiche di personalità, atteggiamenti, life skills) ed esterne (beni a disposizione nel proprio contesto, relazioni, servizi); non ci si riferisce solo a ciò che c'è a disposizione ma a ciò che le persone sono in grado di utilizzare e riutilizzare.**

Infatti, possono esserci risorse a disposizione ma se le persone non le riconoscono o non vi hanno accesso è come se non vi fossero. Attraverso tali risorse le persone possono costruirsi un bagaglio di esperienze in grado di aiutarle a ricostruire la trama della loro esistenza in situazioni di stress, a trovare un significato per dirigersi verso una salute positiva. Risorse sono ad esempio (denaro, conoscenze, esperienze, autostima, strategie di *coping*, legami, supporto sociale, impegno, cultura, intelligenza, tradizioni, ideologie, arte, religione) (ibidem). Averle a disposizione o poterle facilmente reperire significa avere più possibilità di affrontare le situazioni della vita. Tuttavia, più importante delle risorse è l'abilità di utilizzarle. Quindi per creare il proprio equilibrio di salute le persone hanno bisogno di comprendere la situazione in cui si trovano al momento nel suo insieme, di riconoscere delle risorse e di utilizzarle con successo.

Il muoversi in direzione della salute è favorito da quello che Antonovsky definisce "senso di coerenza". Esso indica l'orientamento del soggetto adulto a muoversi verso il mondo e la sua percezione di questo come comprensibile e governabile. Si possono definire risorse utili quelle che contribuiscono al verificarsi di esperienze di vita che diano un senso, sia di tipo cognitivo che emotivo, al suo mondo. La capacità di saper usare le proprie risorse di resistenza è basata sul proprio senso di coerenza. Per Antonovsky il senso di coerenza è "un globale, sebbene penetrante sentimento che qualsiasi cosa accada nella vita essa può divenire comprensibile e può essere gestita. C'è anche uno scopo e un significato legati ad ogni cosa."

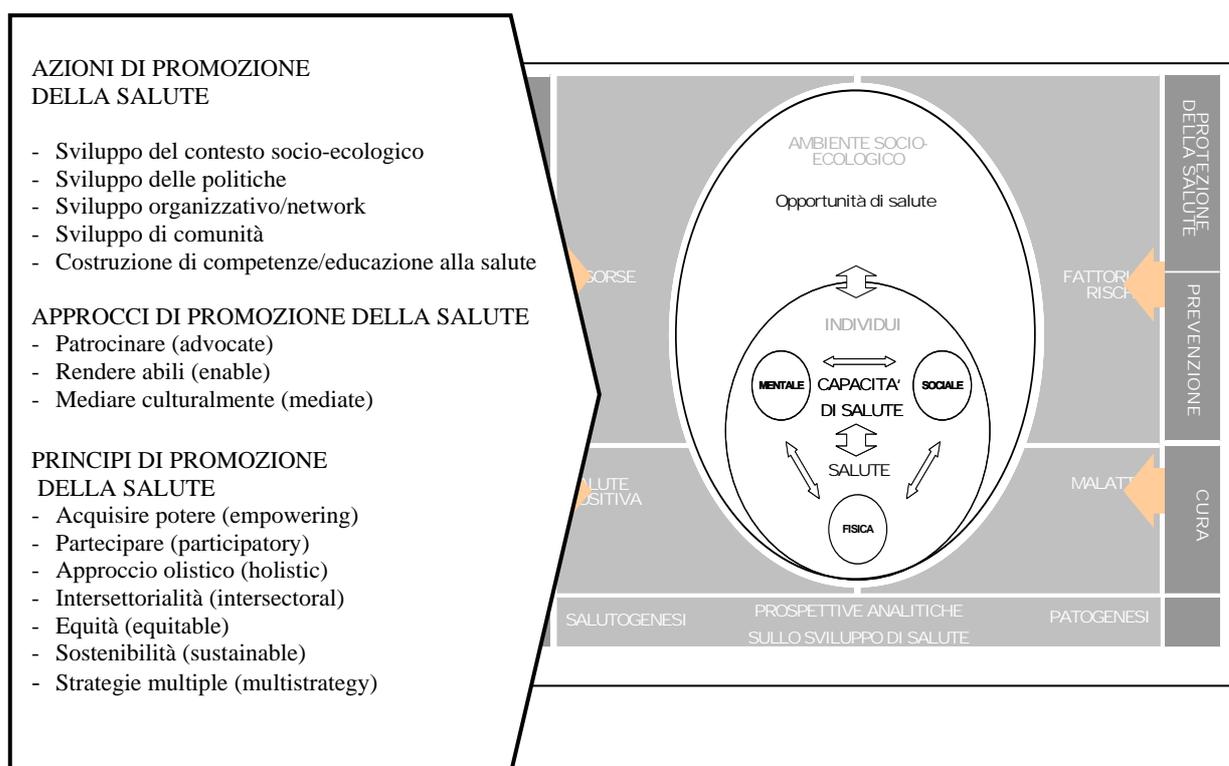
**Il senso di coerenza si correla positivamente agli esiti (outcome) di salute, di qualità di vita e con le psicologiche di benessere più importanti. Il senso di coerenza rappresenta una delle risorse interne per la salute. La profondità del senso di coerenza incide sulle capacità delle persone di utilizzare le risorse disponibili per conservare salute e benessere. Le persone con un marcato senso di coerenza reagiscono in maniera flessibile alle sollecitazioni e possono attivare risorse adeguate alla situazione.**

Ovviamente creare salute non è un'azione determinata solo da comportamenti individuali ma la salutogenesi dipende sia da risorse individuali sia dal contesto di vita in cui le persone sono inserite, dunque dall'interazione che si crea tra loro. In questa prospettiva il senso di coerenza diventa determinante, esso è il sentire che il proprio ambiente interno ed esterno è ipotizzabile in modo positivo tanto che ci siano buone possibilità di credere che le cose andranno come ci si aspetta. Il SOC si riferisce dunque alla capacità personale di vedere che è possibile affrontare ogni situazione, indipendentemente da ciò che sta succedendo nella propria esistenza. E' facile dedurre che le persone con un elevato senso di coerenza affronteranno l'esperienza di stress, malattia o cambiamento di comportamenti abituali in modo diverso da chi non lo possiede.

Riepilogando con l'aiuto della figura 4, al centro dell'illustrazione rettangolare troviamo tutto ciò che determina il naturale sviluppo di salute di un soggetto inserito nell'ampio contesto delle opportunità di salute per la qualità della vita; ai due lati, paralleli troviamo le risposte di due modelli, quello della patogenesi e quello della salutogenesi. Lo schema presenta come le risposte di cura e le azioni di prevenzione possono integrarsi nella prospettiva della promozione della salute attraverso l'utilizzo di approcci, aree d'azione e principi peculiari della promozione della salute (elencati nella figura a freccia). La promozione della salute si configura così come un *input* intenzionale nel processo di sviluppo naturale di salute che supporta l'utilizzo di risorse e aumenta le opportunità, permettendo alle persone di avere un maggior controllo e migliorare la propria salute, ad esempio attraverso la "partecipazione" alla costruzione del piano terapeutico o supportando l'accesso e l'uso alle cure per le minoranze o altri soggetti deboli.

In questo quadro di riferimento dunque può essere riletta la ricerca sulla valutazione di efficacia, secondo un modello che individua non solo determinanti dei comportamenti a livello individuale ma rilegge gli input di un intervento intenzionale per favorire ad esempio l'attività fisica e una corretta alimentazione alla luce delle opportunità del contesto e dando rilievo ai fattori protettivi.

*Fig. 4 – Il modello dello European Health Promotion Indicators Development sullo sviluppo di salute e sulla promozione della salute – Davies et al. (2006)*



## Modelli sulla genesi dei comportamenti e teorie del cambiamento

Intervenire sugli stili di vita delle persone significa dunque indurre un cambiamento a livello delle conoscenze, degli atteggiamenti, dei comportamenti. Valutare la loro efficacia significa stabilire dei termini di confronto nella valutazione del cambiamento e dell'acquisizione di autonomia nel controllo di ciò che determina la propria salute per poter prendere decisioni e fare scelte di salute. I comportamenti di salute sono tra i più complessi da modificare perché spesso si legano a sensazione di piacere (pensiamo al tabagismo) e si ancorano a modelli

culturali, a meccanismi cognitivi di interiorizzazione delle informazioni e della percezione del rischio, a dinamiche emotive e relazionali.

**Per poter individuare e definire delle osservabili e dei termini di confronto a partire dai quali impostare la valutazione di efficacia, scegliendo gli strumenti più appropriati, è necessario fare riferimento a un modello o a gruppi di teorie sulla genesi dei comportamenti e sul cambiamento.**

**Quanto più questo aspetto è esplicitato e definito nelle premesse di un progetto, tanto più il disegno di valutazione d'efficacia risulta rigoroso e capace di produrre evidenze.**

Ogni soggetto attua un comportamento a partire dalle sue capacità, dall'ambiente in cui si trova e soprattutto dalla sua esperienza passata. Le informazioni su ciò che genera i comportamenti non sono solo utili per sviluppare un intervento efficace ma anche per definire strategie di valutazione in grado di rilevare cambiamenti a partire dal personale mix di fattori che caratterizza la storia di ogni soggetto. Infatti, nella iniziale fase (valutazione) diagnostica dell'intervento di promozione della salute non solo dobbiamo capire se le persone fanno o non fanno, quante volte e come, ma anche perché agiscono in un certo modo, le motivazioni che spingono al cambiamento o impediscono loro di cambiare. Dalla *review* della letteratura non sembra emergere un modello predominante quanto piuttosto la necessità di una teoria forte in grado di spiegare il processo di cambiamento cognitivo, attitudinale e comportamentale nel corso di un intervento di educazione alla salute, sia esso contestualizzato in un piccolo *setting* (quale può essere un ambulatorio medico) sia in un *setting* più ampio quale la scuola o la comunità (*theory based*).

Tuttavia è possibile definire un *framework* di teorie a cui fare riferimento e che appartengono alle diverse prospettive degli studi psicologici:

- prospettiva cognitivista (teorie di psicologia della salute in cui rientrano i concetti di autoefficacia e dell'apprendimento sociale di Bandura; l'Health Belief Model; le teorie sugli stadi di sviluppo dell'empowerment; le teorie sugli stadi cambiamento di Prochaska e di Clemente);

- prospettiva psicoanalitica (studi sulla relazione, la personalità, l'ambiente di sostegno, l'attaccamento);
- prospettiva sistemico-ecologica (studio dei diversi sistemi sociali in cui è inserito un individuo -Bronfenbrenner, Varela, Maturana-, studi sullo sviluppo psico-motorio come quelli di Piaget).

Possiamo poi aggiungere altre teorie sul cambiamento nei processi di apprendimento molto presenti nella letteratura internazionale come le teorie di Freire, Labonte, Mezirow.

Ogni teoria presenta una serie di strumenti in grado di rilevare cambiamenti in un intervento di educazione alla salute, presenti nella letteratura sul tema, soprattutto internazionale (questionari per valutare lo stadio di cambiamento in cui ci si trova; scale per valutare il senso di coerenza; questionari per valutare il livello di sviluppo dell'empowerment ecc.).

## Sommario

### **Definizione del modello integrato di promozione della salute**

**Definire il modello di educazione alla salute e di promozione della salute**  
(utilizzare le evidenze per presentare il campo d'azione dell'intervento)



**Individuare capacità e opportunità per lo sviluppo del potenziale di salute in riferimento alla tematica oggetto dell'intervento**  
(Utilizzare le evidenze per sviluppare un progetto che sia giustificato a livello epidemiologico, politico, finanziario)



**Definire il *framework* di teorie sui comportamenti di salute da implementare o modificare**  
(Utilizzare le evidenze per mostrare i possibili obiettivi raggiungibili nella modificazione di fattori di salute)



**Individuare attraverso il framework tecniche e strumenti appropriati per la valutazione diagnostica**  
(Utilizzare le evidenze per trasferire strumenti e tecniche nella valutazione diagnostica dei fattori di salute )



**Ogni step richiede una revisione della letteratura attraverso una ricerca ad hoc o mediandola dai centri di documentazione presenti sul territorio nazionale**

**STADIO 2°**  
**DEFINIRE UN MODELLO PER LA VALUTAZIONE DI EFFICACIA**  
**IN PROMOZIONE DELLA SALUTE**

Il tema dell'efficacia degli interventi di promozione della salute e di educazione alla salute nonché dell'evidenza di tale efficacia è divenuto rapidamente la questione chiave che ricercatori e operatori del settore discutono nei loro rispettivi ambiti di lavoro. Nel Maggio 1988, la 51° Assemblea Mondiale dell'OMS invitava in modo pressante gli Stati Membri ad “adottare un approccio *evidence based* alle strategie e alle pratiche di promozione della salute, usando l'intero *range* di metodologie quantitative e qualitative”<sup>5</sup>.

La questione, evidentemente assai complessa, richiama la necessità di discutere i due concetti chiave: quello di “efficacia” (in promozione della salute) e quello di “evidenza di efficacia”

**In generale, l'efficacia attiene al conseguimento degli obiettivi del progetto/intervento mentre l'evidenza attiene al processo attraverso il quale tale efficacia può essere documentata.**

***Quando un intervento è efficace?***

L'efficacia/inefficacia di un intervento potrebbero non risultare evidenti per la mancanza di un processo di elaborazione delle informazioni su di esso e per la mancanza di comunicazione degli esiti di tale processo. Se ci si pensa, per molto tempo è stato così e non da molti anni si è dato vita, nel contesto scientifico internazionale, a studi che restituissero informazioni sulla efficacia/inefficacia dei moltissimi interventi intrapresi.

**In un progetto di promozione della salute è necessario definire il modello teorico a cui far riferimento nella valutazione della sua efficacia.**

---

<sup>5</sup> World Health Assembly Resolution WHA51.12 on health promotion ([www.who.int/hpr/docs/index.html](http://www.who.int/hpr/docs/index.html)). Geneva, World Health Organization, 1988

Il chiarimento concettuale del tema dell'efficacia in educazione alla salute e in promozione della salute è fondamentale non solo dal punto di vista del contributo alla definizione disciplinare della promozione della salute; lo è anche, ovviamente, da un punto di vista pratico, in quanto da questa chiarezza dipende la scelta di metodi appropriati nelle fasi operative della valutazione dell'efficacia e della formazione dell'evidenza e quindi la possibilità di trarre conclusioni valide e utili.

Il problema della definizione dell'efficacia di un intervento deve essere affrontata, inoltre, tenendo in considerazione il fatto che ci collochiamo esplicitamente nel contesto operativo dei servizi di sanità pubblica e non in un ambito di pura ricerca. Da questo punto di vista, la questione dell'efficacia va ulteriormente articolata mediante la definizione di termini – *efficacy, effectiveness* - che appartengono alla letteratura specifica sulla valutazione, in grado di delineare il campo d'azione e le strategie operative e di cui è necessario appropriarsi.

### **Valutazione dell'efficacia teorica (EFFICACY)**

Il problema della valutazione dell'efficacia teorica degli interventi è oggi uno dei più spinosi e dibattuti nel settore dell'educazione alla salute e della promozione della salute. La natura multidisciplinare e contestuale di tale settore impedisce la possibilità che la valutazione dell'efficacia si basi su un singolo approccio ritenuto lo *standard* di riferimento, come accade nella tradizione scientifica biomedica con il Trial Clinico Randomizzato. Non c'è uno *standard* per la valutazione in promozione della salute. Rootman<sup>6</sup> sottolinea come alla base di un approccio promozionale alla salute debbano esservi alcuni “principi guida” alla luce dei quali stabilire la coerenza di ogni successiva scelta metodologica, strumentale e organizzativa relativa alla valutazione:

- ***partecipazione***: in ogni sua fase, la valutazione deve coinvolgere tutti coloro che hanno un ruolo o un interesse nell'azione di promozione della salute e in particolare deve assicurare la partecipazione di coloro che sono interessati in prima persona al problema di salute affrontato;
- ***multidisciplinarietà***: la valutazione utilizza diverse discipline e strategie operative nella raccolta e interpretazione dei dati, fondamentalmente integrando approcci

---

<sup>6</sup> Rootman I., Introduction to the book, in Evaluation in Health Promotion, Part 1 Introduction and framework, (2001) WHO Regional Publications European series n. 92: 5

metodologici di tipo qualitativo e di tipo quantitativo, in coerenza con la complessità dei fenomeni affrontati dagli interventi di promozione della salute;

- **empowerment**: la valutazione deve contribuire a un processo di acquisizione di controllo da parte delle persone e delle comunità riguardo ai determinanti di salute;
- **equità**: la valutazione deve dimostrare la capacità del progetto di assicurare che tutti i portatori di un bisogno di salute siano nelle condizioni di soddisfarlo esplicitando gli elementi di diseguità nella salute;
- **appropriatezza**: il disegno di valutazione deve essere coerente con il modello di salute e di promozione della salute posto alla base delle azioni e deve tenere conto della possibilità di effetti che si manifestino a lungo termine;
- **sostenibilità**: il processo valutativo deve considerare tra i suoi obiettivi conoscitivi la evidenziazione e la misura di ciò che rende sostenibile l'intervento di promozione della salute.

Ai requisiti delineati da Rootman, si dovrebbe aggiungere anche un ulteriore elemento, di ordine epistemologico, che attiene alle modalità di costruzione della valutazione in quanto processo di conoscenza scientifica, ovvero:

- La costruzione della conoscenza valutativa nella promozione della salute non corrisponde né a un approccio di tipo positivista né a un approccio di tipo unicamente costruttivista; la conoscenza valutativa è piuttosto l'esito di un processo critico e multiplo da un punto di vista epistemologico e metodologico (network epistemologico).

**Ogni metodo dovrebbe essere adattato alla domanda alla quale si deve dare una risposta. Se la valutazione deve rispondere a molte domande non può adottare un unico e solo metodo**

I valutatori, in tal modo, sono visti come “metodologi eclettici” che adattano le loro pratiche ai bisogni che sono all'origine di una particolare iniziativa, così come formulati dai decisori,

dagli operatori e dai partecipanti. Si può vedere in quest'ultimo aspetto un punto di forte criticità: è evidente, infatti, che le diverse discipline che concorrono al processo di promozione della salute affondano le proprie radici in diverse epistemologie che non possono essere facilmente messe insieme. E ancor meno possono essere messe insieme da un singolo valutatore.

E' questo tuttavia il campo di lavoro valutativo che una visione aggiornata della promozione della salute oggi propone e con il quale, diremmo, "occorre fare i conti".

### **Valutazione dell'efficacia pratica (EFFECTIVENESS)**

A questo punto si pone un ulteriore problema, affrontato da quell'ambito di ricerca che si occupa della trasferibilità, che attiene alla cosiddetta "efficacia pratica" (*effectiveness*) di un programma.

**Lo studio della trasferibilità di un programma (*Transferability, Adaptation*) riguarda la conoscenza e la disseminazione delle condizioni sotto le quali un programma può essere ritenuto efficace, e quindi utilizzato, in contesti diversi da quello nel quale è stata testata la sua *efficacy* massimizzandone i potenziali risultati.**

La questione impatta direttamente la responsabilità di coloro che sono chiamati a decidere come intervenire rispetto ai bisogni di salute del proprio contesto e quindi richiama la centralità dei professionisti e degli operatori che si occupano di educazione alla salute nel territorio. Il supporto che il mondo della ricerca può offrire a tale attività propria dei servizi – ovvero testare la trasferibilità di un programma – è quello di fornire strumenti e indicazioni che guidino gli operatori in questo processo di passaggio dalla Efficacia teorica (*efficacy*) alla efficacia pratica (*effectiveness*) e che, in ultima istanza, conduce alla individuazione di una Buona pratica.

Detto con un linguaggio valutativo: seppure sotto adatte condizioni è possibile stabilire la validità interna di un programma (*efficacy*), in che modo è possibile stabilirne la validità esterna (*effectiveness*) nei contesti, diversi da quello iniziale, in cui esso potrebbe essere utilizzato?

La risposta a questa domanda si trova oggi nel campo delle ricerche che si occupano della “trasferibilità” degli interventi e dell’adattamento degli interventi di *efficacy* provata a nuovi contesti. Attraverso i risultati di queste ricerche si giunge a definire ciò che è una Buona pratica<sup>7</sup>.

Il concetto di Buona pratica riassume, in qualche modo, la problematica ora posta. Buona pratica è un termine usato per descrivere un intervento che si è uniformato a una serie di criteri comunemente condivisi i quali, nel caso della discussione finora svolta, sono sintetizzabili in: fondamento teorico, provata efficacia (teorica e pratica), approccio collaborativo (partecipativo), rispondenza ai bisogni del target, disponibilità di risorse usabili, efficienza. Kahan e Goodstadt definiscono *Buone Pratiche* “gli insiemi di processi ed attività che, in armonia con i principi/valori/credenze e le prove di efficacia e ben integrati con il contesto ambientale, sono tali da raggiungere il miglior risultato possibile in una determinata situazione”<sup>8</sup>

Le Raccomandazioni di Buona pratica sono uno degli strumenti visibili e concreti dei risultati del processo di contestualizzazione di un intervento. In esse vengono sintetizzate quelle accortezze che gli operatori devono tenere presenti – ciò cui “devono stare attenti” – per realizzare azioni di buona qualità.

Esse sono anche uno degli strumenti di *capacity building* più importanti a disposizione della sanità pubblica, insieme ai, anzi all’interno dei, processi formativi in servizio. Naturalmente queste raccomandazioni/linee-guida assumono valore normativo nel momento e nel contesto (scientifico e operativo) in cui vedono la luce e valgono “fino a prova contraria” ovvero fino quando nuovi processi di valutazione dell’efficacia e della trasferibilità forniranno informazioni più aggiornate ed utili ad affrontare i bisogni di salute della comunità.

---

<sup>7</sup> Non è questa la sede per affrontare i concetti e le metodologie che accompagnano il processo di trasferimento di un intervento di promozione della salute in contesti diversi da quello nel quale è stata provata la sua *efficacy*. Ciò che si vuole rimarcare attraverso l’accenno a questa tematica è la necessità di differenziare i due livelli di valutazione dell’efficacia di un intervento, cosa di cui gli operatori dovrebbero tenere gran conto. Approfondimenti possono essere ricercati in una crescente letteratura, il cui più recente (rispetto al momento in cui questo testo è stato redatto) contributo può essere trovato nella rivista *Evaluation and the Health Professions*, Giugno 2006, vol. 29

<sup>8</sup> Kahan, Goodstadt, Best Practice in Health Promotion. The Interactive Domain Model, [www.bestpractices-healthpromotion.com](http://www.bestpractices-healthpromotion.com)

**Attraverso quali evidenze si può dimostrare che un intervento è stato efficace?**

**EVIDENZA: un fatto o un dato che è, o può essere, usato per prendere una decisione, esprimere un giudizio, risolvere un problema**

Posto all'interno di un ragionamento valutativo, questo concetto risponde alla domanda "perché?". Il problema dell'evidenza e delle azioni basate sull'evidenza suscita una considerevole discussione nel campo della sanità pubblica e della promozione della salute nello specifico. In particolare, è del tutto "evidente" che un testo di Raccomandazioni per l'azione in un settore della promozione della salute deve tener conto dell'evidenza nel settore! Quali sono le caratteristiche dell'evidenza e sulla base di quali requisiti si costruisce un'evidenza? Allo stato della discussione attuale due punti conclusivi possono essere evidenziati<sup>9</sup>:

1. come base dell'evidenza non può essere invocata una gerarchia di fonti (ovvero modelli di studio che producono più evidenza di altri, es TCR vs altri), ma quello che Tones definisce *Judicial principle*, ovvero: il principio attraverso il quale si produce un'evidenza che condurrebbe una giuria a impegnarsi in una decisione anche quando non sia disponibile il 100% della prova. Come in una sede giudiziaria la decisione di ciò che è evidente e conduce a un'azione è il frutto di una molteplicità di fonti, per cui determinare il valore dell'evidenza è il frutto di un processo interpretativo.
2. in secondo luogo l'evidenza è il prodotto di un mix tra sperimentazione, osservazione, riflessione teoretica. Come molte teorie determinanti nella storia della scienza e dell'umanità, la misura delle loro conclusioni è giunta solo dopo anni di continue e ripetute osservazioni.

La natura multidisciplinare e *context based* della promozione della salute si oppone alla possibilità che vi sia un'unica strategia (disciplinare) per raggiungere l'evidenza. E' innegabile

---

<sup>9</sup> Mc Queen D.V., Andersono L. M. What counts as evidence: issues and debates in Evaluation in Health Promotion, Part 2 Perspectives, (2001) WHO Regional Publications European series n. 92: 5

tuttavia che molti sforzi siano stati e siano tuttora rivolti a stabilire l'evidenza di efficacia di un programma. I risultati di questi sforzi trovano la loro sede in contributi di alto rilievo prodotti da istituzioni scientifiche rilevanti a livello internazionale (Center for Disease Control, Cochrane Collaboration).

Secondo McQueen ci sono tre questioni critiche nell'evidenza che riteniamo necessario riportare per una lettura non ingenua delle Raccomandazioni che seguiranno..

La prima riguarda "le regole dell'evidenza". Le regole dell'evidenza sono un correlato delle discipline e non dei progetti, nel senso che nel tempo ogni disciplina ha elaborato il proprio concetto di prova (come prodotto sia dello sviluppo storico della disciplina stessa che delle caratteristiche delle osservabili). Una parte del problema riguarda la questione, come abbiamo appena visto non risolta, della gerarchia dell'evidenza mentre un'altra parte riguarda il fatto che la multidisciplinarietà connaturata alla promozione della salute impedisce la definizione di regole di evidenza semplici, universali. Gli interventi che si svolgono a livello di comunità sono complessi, legati al contesto, coinvolgono un insieme di discipline ciascuna con le proprie specificità di misurazione anche in rapporto alla dimensione temporale con cui si rendono evidenti gli effetti degli interventi.

La seconda questione critica riguarda gli "indicatori". Secondo McQueen la questione degli indicatori è una controversia non ancora risolta nel problema della valutazione degli interventi, anche a fronte della crescente richiesta da parte dei *decision maker*. Non vi sono soluzioni semplici al problema dello sviluppo di indicatori appropriati. Vi è la consapevolezza però che occorre superare la prospettiva individualistica che ha prodotto risultati nell'individuazione di indicatori quali il cambiamento comportamentale individuale, i fattori di rischio, il monitoraggio degli stili di vita e che occorra andare verso un terreno che tenga conto delle aspettative e della consapevolezza pubblica, ovvero di un livello comunitario. L'aspetto positivo è il superamento della prospettiva individuale a favore di quella della salute della popolazione.

La terza questione è quella della "base teorica appropriata" per la promozione della salute. Più la base teorica è forte e coerente, più credibili sono la ricerca e l'intervento per il motivo che:

**la teoria stabilisce i parametri di ciò che costituisce l'evidenza.**

Al momento sono in corso molti sforzi per individuare una teoria della promozione della salute ed un grande dibattito è in corso. Tutto ciò rende estremamente delicato un uso ingenuo del termine “evidenza” in promozione della salute. Vi è, infatti, la necessità di chiarire esattamente i confini epistemologici tra promozione della salute e scienze biomediche. In queste ultime è chiara la distinzione tra ricercatore e soggetti di indagine che è alla base dell’evidenza; ciò non accade – per definizione – nella promozione della salute nella quale uno dei caratteri identificativi è la partecipazione e il coinvolgimento di tutti gli attori. La promozione della salute lavora in una dimensione in cui gli utenti sono co-produttori della salute e non semplici consumatori di prodotti elaborati da altri<sup>10</sup>. La conseguenza è che la ricerca di evidenza di efficacia non può andare a detrimento della centralità dell’esperienza della persona, anzi deve includerla.

### **Una riflessione sulla sostenibilità**

Si è già detto che la sostenibilità è uno dei criteri che “definiscono” il processo valutativo in coerenza con i principi della promozione della salute.

Esso va assumendo sempre più rilevanza nel contesto della sanità pubblica per molteplici motivi: la necessità che i cambiamenti comportamentali siano sostenuti per un lungo periodo di tempo in attesa che il cambiamento della morbosità/mortalità si renda evidente; la cessazione degli effetti dell’intervento è controproducente se il problema di salute rimane vivo; dopo aver speso molte risorse nell’avvio del programma, molti programmi vedono i loro fondi ritirati prima che gli interventi generino i loro effetti; qualsiasi nuova azione può avere un ridotto supporto e fiducia dalla comunità se alle spalle vi è una storia di interruzioni o conclusioni inappropriate. Ed è, infine, del tutto evidente che vi è una stretta relazione tra efficacia “pratica” e sostenibilità dei programmi: l’*effectiveness* è indispensabile per la sostenibilità dei programmi. Il concetto di sostenibilità è dunque diventato un concetto chiave anche nel campo della promozione della salute<sup>11</sup> ed è utile richiamarne sinteticamente le

---

<sup>10</sup> Occorre, peraltro, ricordare che questa caratteristica è in realtà stata estesa anche al contesto di cura vedi ad esempio: Hart J. What evidence do we need for evidence-based medicine”, *Journal of Epidemiology and Community Health* (1997), 51: 623-629

<sup>11</sup> The Health Communication Unit, Centre for Health Promotion University of Toronto, Overview of Sustainability, version 8.2 31, 2001, [www.thcu.ca](http://www.thcu.ca)

componenti dal momento che la sostenibilità diventa parte essenziale di una buona pratica di intervento.

La sostenibilità di un programma passa attraverso:

1. azioni rivolte a mantenere alta la consapevolezza del programma tra gli *stakeholder*, i partner della comunità e i decisori;
2. la creazione di ambienti fisici e sociali supportivi per il cambiamento,
3. l'integrazione delle azioni del programma all'interno di una o più organizzazioni esistenti che prendono su di sé la responsabilità del programma nel lungo periodo;
4. il sostegno dei livelli di *partnership*, che consiste nel creare e mantenere buone relazioni tra gli stakeholder e nell'esplicitare i benefici prodotti dall'affrontare insieme il problema.

## Sommario

### **Definire il modello di valutazione di efficacia in promozione della salute**

**Esplicitare la coerenza tra principi della promozione della salute e il modello di valutazione di efficacia degli interventi**

La valutazione deve essere orientata all'empowerment, intersettoriale, partecipata



**Tenere conto della natura multidisciplinare della valutazione degli interventi e delle epistemologie connesse alle diverse discipline**

La composizione del team di valutazione riflette diverse competenze disciplinari



**Valutare le prove (evidenze) di efficacia in modo coerente con i principi della valutazione di efficacia in promozione della salute**

Non vi è uno standard di riferimento, occorre tenere incorporare il contesto nell'evidenza



**Tenere conto della distinzione tra efficacia teorica ed efficacia pratica**

Utilizzare un approccio scientifico al processo di adattamento di un intervento di provata efficacia teorica al contesto reale



**Includere la sostenibilità nel modello di valutazione di efficacia**

Deve essere rilevato il coinvolgimento degli stakeholder e le caratteristiche "ambientali" che sostengono il programma

**STADIO 3°**  
**DEFINIRE L'IMPIANTO PER LA VALUTAZIONE DI UN**  
**PROGRAMMA INTEGRATO**

Le considerazioni precedenti sui principi che sono alla base dell'approccio promozionale alle questioni della salute in un contesto comunitario e sugli elementi teorici che sono alla base di un coerente modello di valutazione degli interventi di promozione della salute, devono essere utilizzate per costruire un impianto valutativo che sia utilizzabile da parte degli operatori e dei servizi nel loro contesto di lavoro e nella loro comunità. Gli operatori si trovano nel difficile compito di armonizzare principi teorici complessi quali quelli dei modelli di salute e di promozione della salute, rigore metodologico e fattibilità operativa. C'è bisogno quindi di un chiaro *framework*, al quale essi possano riferirsi nel compiere il processo decisionale riguardo a come impostare e condurre la valutazione dei loro interventi. Le caratteristiche che la valutazione deve rispettare quindi devono combinare esigenze organizzative, metodologiche e teoriche.

**Valutare programmi integrati di promozione della salute nella comunità richiede di rendere evidenti i principi fondanti della promozione della salute ovvero *empowerment* e partecipazione, oltre a esprimere in modo chiaro l'orientamento comunitario e non solo quello centrato sull'individuo.**

Da un punto di vista operativo, inoltre, ciò che qualifica il processo valutativo è la sua adattabilità ai diversi contesti nei quali il programma integrato si potrà collocare, e in questo si sottolinea che la valutazione “è” parte del programma integrato, non è separata da esso e deve essere considerata strettamente un compito degli operatori che sono responsabili del programma. Essa inoltre deve coprire tutti gli stadi del programma integrato, dall'analisi dei bisogni alla definizione degli obiettivi alla scelta di contenuti, metodi e strumenti operativi e deve rendere evidente l'appropriatezza delle scelte metodologiche e tecniche rispetto ai

diversi oggetti da valutare. Queste indicazioni generali trovano applicazione in un impianto della valutazione articolato in sette fasi che costituiscono il ciclo del processo valutativo<sup>12</sup>.

## **Fase 1 - Descrivere il programma**

Questa fase può trovare la sua espressione semplicemente in un diagramma, il quale mostra la sequenza logica delle azioni che compongono il programma integrato, assumendo quindi un valore del tutto descrittivo. Esso può essere articolato in: azioni, i risultati attesi a breve medio e lungo termine. Oppure avere forme più orientate alla gestione del programma attraverso l'uso di diagrammi fasi-tempi-risorse che indichino anche il chi fa-cosa. Sviluppare questi semplici strumenti grafici è molto importante e tuttavia deve avvenire in un quadro che veda la partecipazione di tutti coloro che hanno interesse verso il programma ai vari livelli (stakeholder) a partire da una comune conoscenza dei dati di base. Una cosa utile da fare è quella di individuare in modo esplicito un livello di responsabilità per la valutazione che a seconda dei casi potrà avere diverse connotazioni organizzative (es. una *taskforce* per la valutazione del programma integrato che coinvolga tutti coloro che hanno un ruolo nel processo decisionale).

## **Fase 2 – Identificare i concetti e le domande fondamentali**

Vi sono almeno tre questioni fondamentali che devono essere identificate e condivise nella valutazione:

1. il quadro concettuale,
2. il processo operativo,
3. l'impatto del programma.

Per quanto riguarda il primo punto si tratta di verificare se il programma integrato e le sue componenti rispettano i principi della promozione della salute e il modello di salute scelto,

---

<sup>12</sup> Rootman I, Goodstadt M, Potvin L, Springett J, A framework for health promotion evaluation, in Rootman et al (ed) Evaluation in Health Promotion. Principles and perspectives, 2001, WHO Regional publications, n.92:28-33

quali sono le teorie relative al comportamento e al cambiamento utilizzate, se il programma e le sue azioni rispettano il modello logico ideato nella fase 1, se le diverse azioni sono orientate all'empowerment e alla partecipazione, qual è l'impatto atteso dal programma e dalle sue azioni, se il programma risponde a un principio di equità rispetto ai bisogni di salute delle persone.

In seguito si deve sottolineare l'importanza di considerare insieme il processo e l'impatto in particolare alla luce delle considerazioni fatte a proposito dell'efficacia pratica (*effectiveness*) del programma.

La valutazione del processo permette agli operatori di comprendere non solo "come" l'intervento si sta sviluppando o si è sviluppato ma soprattutto "perché" i risultati si sono determinanti in un certo modo. La valutazione di processo consente anche di acquisire informazioni sulle condizioni che sono alla base di un programma sostenibile e che rendono un programma utilizzabile anche in altri contesti<sup>13</sup>.

### **Fase 3 – Progettare e implementare la rilevazione dei dati**

Le scelte in questa fase dipendono principalmente dai contenuti del programma e dall'uso che gli *stakeholder* vogliono fare dei risultati della valutazione. E' quindi una fase estremamente delicata in cui si intrecciano almeno tre grandi questioni. La prima di ordine metodologico relativa alla scelta dei metodi e degli strumenti di rilevazione dei dati più appropriati rispetto alle finalità e agli obiettivi del programma (triangolazione tra approcci qualitativi e quantitativi), agli *standard* rispetto ai quali si giudicheranno i risultati, agli indicatori di successo. La seconda relativa alla partecipazione ovvero a come gestire le scelte metodologiche a partire dai diversi interessi di cui sono portatori gli *stakeholder* coinvolti, es.: efficienza per i manager, efficacia e replicabilità per gli operatori, soddisfazione dei cittadini etc. La terza questione riguarda la necessità che le procedure di rilevazione siano tali da rispettare la confidenzialità e la sensibilità dei dati raccolti.

---

<sup>13</sup> G. Pocetta, Il "processo" come elemento di valutazione di efficacia degli interventi di educazione alla salute, *Rassegna Italiana di Valutazione*, 1996, n.4 (Ottobre-Dicembre). G. Pocetta, Valutare l'odontoiatria centrata sulla persona, in *Odontoiatria centrata sulla persona*, 2007, Società Scientifica Universo Roma, pag. 199-217

#### **Fase 4 – Analizzare e interpretare i dati**

In coerenza con quanto detto finora, il processo di trattamento e interpretazione dei dati non è assimilabile a una fredda procedura computazionale, magari sofisticata dal punto di vista informatico, ma pone cruciali e delicate questioni riguardo a “chi” partecipa al processo interpretativo. Proprio il termine “interpretativo” all’interno della complessa dimensione della salute fa comprendere la necessità che anche questa fase sia gestita al più alto livello di partecipazione se possibile proprio attraverso la *taskforce* costituita nella fase 1. La fase interpretativa è infatti strettamente legata alle domande poste nella Fase 1 relativamente agli oggetti della valutazione.

#### **Fase 5 – Produrre raccomandazioni a partire dalla valutazione**

Il processo valutativo del programma integrato fornirà inevitabilmente molte informazioni, non solo sull’impatto sulla salute dei partecipanti ma anche sui processi operativi messi in atto, sulle reazioni che le diverse articolazioni organizzative hanno mostrato, sulle reazioni delle articolazioni della comunità in cui il programma ha avuto luogo. A partire da tutto ciò gli *stakeholder* dovrebbero essere coinvolti nel formulare delle raccomandazioni che esplicitino le implicazioni a breve e lungo termine dei risultati del processo valutativo, i cambiamenti da intraprendere, i costi e i benefici derivanti dall’applicazione o meno dei risultati del programma, le criticità sollevate dall’impatto del programma sui valori e le credenze della comunità e sulle reazioni da ciò determinate.

#### **Fase 6 – Diffondere i risultati**

Investire nella diffusione dei risultati della valutazione e delle raccomandazioni è estremamente vantaggioso poiché costituisce un ulteriore veicolo di *empowerment* della

comunità e perché può contribuire a ridurre il bisogno di ulteriori costose valutazioni. La diffusione di queste informazioni, deve essere accompagnata da indicazioni su come altri operatori possono utilizzarle efficacemente nel momento in cui decidono di replicare il programma nel proprio contesto. Si tratta di una fase in cui le teorie e i metodi della comunicazione assumono un'importanza centrale nel determinare la forma e il veicolo più efficaci rispetto ai diversi target.

### **Fase 7 – Rendere evidente la ricaduta della valutazione**

E' molto importante, da un punto di vista operativo, fare tesoro in modo esplicito delle lezioni apprese nel momento in cui si progettano nuovi interventi. Ciò riguarda in particolare quelle decisioni relative all'uso delle risorse e allo sviluppo del piano di azione appropriato. In questo modo il ciclo progettuale della valutazione si completa ponendo le basi di un nuovo ciclo valutativo attraverso cui la valutazione si integra in modo visibile con la cultura della promozione della salute.

## SOMMARIO

**Istituzione della *responsabilità* per la valutazione del programma integrato**  
(individuare le competenze e le risorse)



**Descrivere il programma**  
(Attraverso schemi grafici esplicitare: responsabilità, azioni, tempi e risorse)



**Identificare i concetti e le domande fondamentali**  
Rispetto a: quadro concettuale, processo operativo, impatto del programma.



**Progettare e implementare la rilevazione dei dati**  
Esplicitare la coerenza tra metodi di rilevazione e finalità del programma, gestire la partecipazione degli stakeholder



**Analizzare e interpretare i dati**  
Rendere evidente la partecipazione degli stakeholder nella interpretazione dei dati



**Produrre raccomandazioni a partire dalla valutazione**  
Evidenziare quali sono i punti forti dell'intervento e le condizioni che lo hanno reso efficace



**Diffondere i risultati**  
Rendere evidente al corrispondenza tra target della comunicazione valutativa e media utilizzati



**Rendere evidente la ricaduta della valutazione**  
Assicurare che i risultati dell'intervento siano alla base di un nuovo ciclo di progettazione

## **DOMANDE CHIAVE PER LO SVILUPPO DELLA VALUTAZIONE DI EFFICACIA**

- 1. Quale modello di salute e di promozione ed educazione alla salute è utilizzato?**
- 2. A quale teoria si fa riferimento per spiegare l'evoluzione dello sviluppo di salute e dei comportamenti?**
- 3. Quali evidenze sono emerse dalla revisione della letteratura sul problema di salute specifico?**
- 4. Come possono essere utilizzate tali evidenze per giustificare il programma a livello politico, epidemiologico, educativo, finanziario?**
- 5. Quali sono i possibili *stakeholder*?**
- 6. Quali sono le relazioni tra la promozione della salute e i seguenti *setting* nell'ambito dell'alimentazione, dell'attività fisica e del tabagismo?**

**Famiglia**

**Scuola**

**Comunità**

**Territorio regionale (politiche, servizi)**

- 7. Esiste già un progetto pilota?**
- 8. Ci sono altri soggetti che possono essere coinvolti e in che modo possono dare un contributo con la loro esperienza?**
- 9. Qual è il nome del progetto e la sua identità?**
- 10. Chi sono gli esperti nel campo d'azione del progetto?**
- 11. Quale ruolo hanno le persone nel processo decisionale?**
- 12. Qual è la strategia del progetto**
- 13. Quali sono le finalità, gli obiettivi e gli indicatori?**
- 14. Come viene definito il disegno di valutazione?**

- 15. Chi conduce la valutazione?**
- 16. Come si intende stabilire un lavoro di rete nella valutazione?**
- 17. Come si intende monitorare il funzionamento di tale lavoro?**
- 18. Come si supporteranno gli operatori a valutare la loro attività?**
- 19. Come si farà a identificare i punti deboli e i punti di forza del programma?**
- 20. Come si intende documentare e comunicare i risultati della valutazione, di buona pratica e di apprendimento dall'esperienza fatta?**

## **SEZIONE II**

## **RACCOMANDAZIONI**

### **per la valutazione di progetti integrati di promozione di stili di vita sani con particolare riferimento a supporto di attività fisica, assunzione di stili alimentari appropriati e contrasto al tabagismo**

Le Raccomandazioni che seguono non sono suddivise per aree tematiche. Dai risultati della ricerca, infatti, emerge la necessità che si instaurino delle trasversalità rispetto alle differenti aree tematiche cosa che rappresenta un vantaggio in termini di efficacia e stabilità dei risultati, nell'ottica della programmazione integrata. Seguendo una linea che trova conforto nella letteratura internazionale, le Raccomandazioni quindi sono presentate secondo uno schema che individua delle macrocategorie organizzative e di soggetti invitati a lavorare in modo intersettoriale. Tale approccio risulta quindi il più vicino alla definizione di “modello integrato di promozione della salute”.

Ciascuna Raccomandazione è identificata dalla numerazione progressiva e da parole chiave. Pur non essendo previsto esplicitamente dagli obiettivi assegnati all'UO, si è comunque ritenuto utile elaborare anche degli indicatori con i relativi livelli di performance. Questo esercizio ha riguardato solo una parte delle Raccomandazioni come stimolo a una successiva elaborazione da parte degli esperti.

Nella lettura e valutazione delle raccomandazioni, naturalmente, occorre tenere presente che le soluzioni specifiche (ad es. la disponibilità di “distributori di frutta”) deriva sempre dagli studi di efficacia condotti dai diversi istituti consultati. L'evidenza di efficacia è stata rilevata o direttamente dalle pubblicazioni originarie (es Revisioni Cochrane), o indirettamente da altre Raccomandazioni/linee guida (ovviamente citate) che hanno utilizzato fonti primarie. Trattandosi comunque di un testo destinato agli operatori per un uso quotidiano, si ritiene un inutile appesantimento citare i riferimenti “ad uno ad uno”; per essi si rinvia alla bibliografia generale a pie' del testo.

## Una visione d'insieme della struttura delle Raccomandazioni

- 1.0 *Raccomandazioni rivolte al Servizio Sanitario*
  - 1.1 *Livello generale*
  - 1.2 *Livello strategico: dirigenti generali e gestori di budget*
  - 1.3 *Livello operativo (erogazione di servizi): raccomandazioni rivolte a tutti gli operatori*
  - 1.4 *Livello operativo (erogazione di servizi): raccomandazioni per gli operatori dei servizi a livello di comunità*
  - 1.5 *Livello operativo (erogazione di servizi): raccomandazioni per gli operatori che lavorano nei setting prescolari e di assistenza al bambino ed alle famiglie*
  - 1.6 *Livello operativo (erogazione di servizi): raccomandazioni per gli operatori che lavorano nei luoghi di lavoro*
- 2.0 *Raccomandazioni per gli Enti locali e gli altri partner della comunità*
  - 2.1 *Livello generale*
  - 2.2 *Livello strategico: dirigenti generali e gestori di budget*
  - 2.3 *Livello operativo (erogazione di servizi): interventi specifici*
- 3.0 *Contesti relativi ai primi anni di vita (2-5anni)*
  - 3.1 *Raccomandazioni per tutti i contesti*
- 4.0 *Raccomandazioni rivolte al contesto scolastico*
  - 4.1 *Livello generale*
  - 4.2 *Livello strategico: dirigenti scolastici e insegnanti con responsabilità nella gestione della scuola*
  - 4.3 *Livello operativo (erogazione di servizi): raccomandazioni per gli insegnanti e gli altri operatori che lavorano nella scuola*
- 5.0 *Raccomandazioni rivolte al contesto lavorativo*
  - 5.1 *Livello generale*
  - 5.2 *Raccomandazioni per tutti i luoghi di lavoro*
  - 5.3 *Raccomandazioni per le organizzazioni pubbliche (compreso il servizio sanitario) e grandi organizzazioni commerciali*
- 6.0 *Raccomandazioni rivolte ai contesti: auto-aiuto, profit, e altri setting della comunità*
  - 6.1 *Livello strategico: raccomandazioni per i servizi sanitari e gli Enti locali*
  - 6.2 *Livello operativo (erogazione dei servizi): operatori sanitari dell'assistenza primaria e secondaria e setting comunitari*

Le Raccomandazioni si indirizzano agli operatori di cinque settori chiave nella formazione delle politiche che hanno un impatto sulla salute. Per ciascuno di questi settori vengono individuati tre livelli: il “livello generale” corrispondente al luogo della formazione delle

decisioni politiche, il “livello strategico” che corrisponde alla definizione di obiettivi, strategie e allocazione delle risorse, il “livello operativo” ovvero quello delle decisioni sul campo. E’ stato inoltre considerato un target specifico, corrispondente all’età compresa tra 2 e 5 anni, ritenuto dalla ricerca scientifica di importanza strategica in quanto collegato alla formazione di atteggiamenti e comportamenti estremamente rilevanti per la salute e duraturi nel tempo.

Sono state, dunque, formulate 65 Raccomandazioni così distribuite: 23 al Servizio Sanitario, 10 agli Enti Locali e agli altri partner della comunità, 3 agli operatori che lavorano con i bambini da 2 a 5 anni, 14 Raccomandazioni sono rivolte alla Scuola, 9 al contesto lavorativo ed infine 6 al non profit e ad altri contesti comunitari.

## **1.0 – RACCOMANDAZIONI RIVOLTE AL SERVIZIO SANITARIO**

### **1.1 -Livello Generale**

#### **1.1.1 Priorità e risorse**

**Vi è evidenza che i manager e gli operatori sanitari assicurano che la prevenzione e il trattamento dell'obesità, nonché la prevenzione ed il contrasto del tabagismo, sono considerati priorità sia a livello strategico che operativo. Vi sono risorse allocate e disponibili.**

#### *INDICATORE PROPOSTO*

##### L'evidenza è resa da:

documenti di programmazione a livello regionale e aziendale (ASL, AO) e documenti di budget

##### Livelli di performance

0 = non c'è evidenza

1 = evidenza di documenti di programmazione regionale

2 = evidenza di documenti di programmazione aziendale (budget)

#### **1.1.2 (a) Eliminazione di cattive pratiche**

**Vi è evidenza che la scelta delle strategie e dei metodi di intervento ha un supporto scientifico adeguato**

#### **1.1.2 (b) Individuazione della fase valutativa**

**Vi è evidenza che ogni progetto o intervento contiene una fase valutativa articolata secondo le sette fasi del ciclo progettuale**

## ***1.2 - Livello Strategico: dirigenti generali e gestori dei budget***

### **1.2.1 Politiche di prevenzione**

**Vi è evidenza che il Servizio Sanitario sviluppa nella propria organizzazione azioni di promozione della salute e trattamento dell'obesità sia sul versante dell'alimentazione che su quello dell'attività fisica nonché politiche di contrasto al tabagismo**

#### ***INDICATORE PROPOSTO***

##### L'evidenza è resa da:

documenti di programmazione e gestione aziendale  
iniziative (sporadiche o continuative)

##### Livelli di performance

0 = non c'è evidenza di documentazione di programmazione o gestione aziendale; vengono attuate iniziative sporadiche

1 = evidenza di documentazione di programmazione o gestione aziendale; vengono attuate iniziative sporadiche

2 = evidenza di documentazione di programmazione o gestione aziendale che si traducono in programmi di azione e iniziative continuative

### **1.2.2 Formazione (*capacity building*)**

**Vi è evidenza che l'Azienda sanitaria progetta e attua le iniziative di formazione necessarie ad implementare azioni integrate locali. Le iniziative formative comprendono sia quelle dirette a sostenere il lavoro individuale che quelle dirette a sostenere il lavoro in team**

#### ***INDICATORE PROPOSTO***

##### L'evidenza è resa da:

documenti di programmazione e gestione aziendale  
iniziative (sporadiche o continuative)

##### Livelli di performance

0 = non c'è evidenza di documentazione di programmazione o gestione aziendale; vengono attuate iniziative sporadiche

1 = evidenza di documentazione di programmazione o gestione aziendale; vengono attuate iniziative sporadiche

2 = evidenza di documentazione di programmazione o gestione aziendale che si traducono in programmi di azione e iniziative continuative

### 1.2.3 Opportunità per il lavoro intersettoriale e multidisciplinare

**Vi è evidenza che in tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria di base sono assicurate le misure e le opportunità affinché gli operatori stabiliscano un rapporto stabile con un ampio *range* di organizzazioni e formino dei team multidisciplinari**

### 1.2.4 Formazione sulle evidenze

**Vi è evidenza che in tutti gli ambiti dell'assistenza sanitaria di base sono assicurate attività formative:**

- **sui benefici e l'efficacia potenziale degli interventi rivolti a: prevenire l'obesità, aumentare l'attività fisica, migliorare la qualità della dieta e ridurre l'*intake* calorico,**
- **sui benefici e l'efficacia potenziale degli interventi di contrasto del tabagismo**
- **sull'adottare un approccio di intervento basato sulle buone pratiche o su revisioni scientifiche di qualità elevata**
- **sull'acquisire capacità motivazionali e di *counseling***

### 1.2.5 Budget per la valutazione

**Vi è evidenza che i progetti e gli interventi che fanno parte del programma di intervento integrato hanno le risorse necessarie a coprire i costi della fase valutativa**

### **1.3 - Livello operativo (erogazione dei servizi):raccomandazioni rivolte a tutti gli operatori**

#### **1.3.1 Basi teoriche**

**Vi è evidenza che in tutti i programmi offerti alla popolazione vi è un chiaro e preciso riferimento a un modello teorico nel quale siano evidenti i rapporti tra cambiamento individuale e influenze socio ambientali**

#### **1.3.2 Partecipazione**

**Vi è evidenza che in tutti i programmi, la partecipazione dei soggetti destinatari degli interventi è gestita in modo esplicito attraverso l'uso di metodi di coinvolgimento di tipo deliberativo (decisionale) <sup>1</sup>**

#### **1.3.3 Fase valutativa (processo e risultati)**

**Vi è evidenza che ogni progetto o intervento contiene una fase valutativa articolata in una valutazione di processo e una valutazione dei risultati a breve, medio e lungo termine**

#### **1.3.4 Integrazione nel setting di vita quotidiano**

**Vi è evidenza che le azioni rivolte a promuovere l'attività fisica si integrano con la normale attività quotidiana della gente e devono consentire alle persone di adattarla alle proprie preferenze e devono favorire il processo di acquisizione delle abilità di cambiamento. I materiali di supporto devono corredare queste attività come parte di un'azione a medio lungo termine.**

### **1.3.5 Interventi multicomponenti per modificare lo stile alimentare**

**Vi è evidenza che gli interventi rivolti a modificare lo stile alimentare sono multicomponenti (modifica della dieta, consigli mirati, coinvolgimento familiare, analisi degli obiettivi) e supportati da materiali come parte di un'azione a medio lungo termine**

### **1.3.6 Attività educative per accrescere consapevolezza**

**Vi è evidenza che gli interventi includono, come parte di azioni multicomponenti, attività educative rivolte ad accrescere la consapevolezza delle persone, nel breve e lungo termine, e basate su una selezione dei target**

### **1.3.7 Pazienti/target a cui fare attenzione**

**Vi è evidenza che gli operatori includono stabilmente un colloquio sul peso e sul tabagismo nei seguenti momenti del loro rapporto con le pazienti/utenti: gravidanza, post partum, menopausa**

### **1.3.8 Coinvolgimento famiglie e personale di cura**

**Vi è evidenza che nelle azioni rivolte a contrastare l'aumento di peso e il tabagismo vi è il coinvolgimento delle famiglie e del personale di**

**1.4 - Livello operativo (erogazione dei servizi):  
raccomandazioni per gli operatori dei servizi a livello di comunità**

**1.4.1 Esigenze della popolazione**

Vi è evidenza che i programmi integrati tengono conto delle esigenze e preoccupazioni della popolazione, quali: accessibilità ai servizi, costi legati al cambiamento di dieta e alle pratiche di attività fisica, gusti alimentari, percorsi sicuri per attività fisiche quotidiane (piste ciclabili, percorsi verdi), effetti confusivi dei messaggi pubblicitari

**1.4.2 Coinvolgimento settore commerciale e volontariato**

Vi è evidenza che gli operatori e i servizi responsabili dei programmi integrati coinvolgono esplicitamente il settore commerciale ed il volontariato

**1.4.3 Ambiente di sostegno al cambiamento**

Vi è evidenza che gli operatori e i servizi responsabili dei programmi integrati supportano e promuovono interventi alla creazione di un ambiente a sostegno degli obiettivi di cambiamento (es. attività fisica: piste ciclabili, percorsi verdi)

**1.4.4 Supporto comportamenti quotidiani**

Vi è evidenza che gli operatori e i servizi del territorio coinvolti nei programmi integrati promuovono e supportano comportamenti di incremento dell'attività fisica legati a comportamenti quotidiani (es. cammino o bicicletta invece di auto o autobus per andare al lavoro)

#### 1.4.5 Programmi personalizzati

Vi è evidenza che gli operatori e i servizi del territorio coinvolti nei programmi integrati offrono alle famiglie di bambini e ragazzi a rischio programmi di cambiamento dei comportamenti alimentari mirati alle esigenze e caratteristiche dei figli e della famiglia

**1.5 - Livello operativo (erogazione dei servizi): raccomandazioni per gli operatori che lavorano nei setting prescolari e di assistenza al bambino e alla famiglia**

##### 1.5.1 Diversificazione attività educative

Vi è evidenza che i programmi erogati nei setting prescolari e di assistenza al bambino e alla famiglia includono diverse attività:

**Alimentazione:** dimostrazioni interattive di cucina, discussioni di gruppo, laboratori di pianificazione della dieta, esercitazioni di acquisto

**Attività fisica:** dimostrazioni interattive, esercitazioni di gruppo, conoscenza ed uso delle facilitazioni nella comunità (piste ciclabili, percorsi pedonali sicuri)

**1.6 - Livello operativo (erogazione dei servizi):  
raccomandazioni per gli operatori che lavorano nei luoghi di lavoro**

##### 1.6.1 Accordi formali

Vi è evidenza che gli operatori e i servizi di base stabiliscono accordi formali con il sistema produttivo locale per sviluppare programmi di prevenzione dell'obesità, miglioramento dietetico, promozione dell'attività fisica, contrasto al tabagismo

## **2.0 - RACCOMANDAZIONI PER GLI ENTI LOCALI E GLI ALTRI PARTNER NELLA COMUNITÀ**

### ***2.1 - Livello Generale***

#### **2.1.1 Politiche locali e collocazione risorse**

**Vi è evidenza che, come parte del loro compito di regolazione della vita pubblica e di promozione del benessere, gli Enti locali includono la prevenzione dell'obesità e il contrasto al tabagismo come una priorità nelle politiche di intervento locale prevedendo risorse dedicate (richiamo all'approccio Health in All Policies)**

#### **2.1.2 Attenzione ai soggetti a rischio emarginazione**

**Vi è evidenza che, nella strategia locale di contrasto all'obesità e al tabagismo, una particolare attenzione, attraverso l'adozione di progetti dedicati, è posta verso i bisogni dei soggetti in condizioni di emarginazione o a rischio di esserlo, per motivi di istruzione, genere, condizione economica, provenienza geografica.**

#### **2.1.3 Attivazione dei media**

**Vi è evidenza che il settore dei media a livello locale è coinvolto nel piano di azione e svolge una parte attiva rivolta alla sensibilizzazione della popolazione e nel supportare la consapevolezza dei cittadini verso le azioni intraprese.**

## ***2.2 - Livello Strategico: dirigenti generali e gestori dei budget***

### **2.2.1 Coinvolgimento nella individuazione di barriere**

**Vi è evidenza che gli Enti locali (in particolare quelle deputate alle politiche di trasporto, pianificazione del territorio e servizi ricreativi) compiono atti che coinvolgono formalmente e stabilmente le organizzazioni della comunità per identificare le barriere all'incremento dell'attività fisica e al miglioramento della dieta, attraverso azioni di:**

- audit**
- valutazione di impatto sulla salute**

**Le barriere identificate devono essere oggetto di progetti di eliminazione o attenuazione**

### **2.2.2 Accordi per la sicurezza**

**Vi è evidenza che gli Enti locali stabiliscono accordi con le organizzazioni della comunità per sviluppare e implementare decisioni che aumentino la sicurezza degli spazi dedicati ad attività fisica sporadica o pianificata:**

- allungamento delle piste ciclabili, pubblicizzate e cartografate**
- qualità delle strade**
- adattamento degli edifici (specie pubblici) per stimolare attività fisica**
- considerazione speciale per cittadini o gruppi diversamente abili o comunque vulnerabili (es. anziani, bambini, donne in gravidanza)**

### 2.2.3 Relazioni stabili (es. Patti territoriali per la salute)

**Vi è evidenza che le autorità pubbliche facilitano la costituzione di relazioni stabili con i servizi sanitari e le organizzazioni dei cittadini per la promozione dell'accesso a cibi sani, alle opportunità di attività fisica, alle iniziative finalizzate all'interruzione dei comportamenti di fumo**

## 2.3 - Livello operativo (erogazione dei servizi): interventi specifici

### 2.3.1 Messaggi e piani di trasporto facilitanti

**Vi è evidenza che le autorità locali, deputate alle politiche dei trasporti e della mobilità, provvedono messaggi mirati e piani di trasporto che facilitano comportamenti di spostamento attivo in coloro che sono motivati al cambiamento**

### 2.3.2 Accordi con il settore commerciale

**Vi è evidenza che gli Enti locali stipulano accordi con il settore commerciale per svolgere azioni integrate di offerta di cibi sani e di stimolazione all'acquisto nonché per il controllo del rispetto del divieto di vendita di sigarette ai minori.**

### 2.3.3 Costi, gusti e rischi dell'attività pedonale e della bicicletta

**Vi è evidenza che tutti i programmi di prevenzione dell'obesità tengono conto esplicitamente, e considerano, le preoccupazioni dei cittadini rispetto ai costi collegati al cambiamento dei comportamenti, ai gusti, ai rischi associati all'uso della bicicletta e dell'attività pedonale.**

#### **2.3.4 Consapevolezza nella comunità**

**Vi è evidenza che tutti i programmi di prevenzione dell'obesità, della sedentarietà e del tabagismo rivolti alla comunità sono rivolti all'incremento della consapevolezza della comunità, all'interno di una strategia multi componente di medio lungo periodo**

### **3.0 - CONTESTI RELATIVI AI PRIMI ANNI DI VITA (2-5 a.)**

#### ***3.1 - Raccomandazioni per tutti i contesti***

##### **3.1.1 Priorità su dieta e attività motoria**

**Vi è evidenza che tutti i servizi rivolti a questa fascia d'età includono la prevenzione dell'obesità, miglioramento della dieta, aumento dell'attività fisica come una priorità delle loro attività**

##### **3.1.2 Coinvolgimento famiglie**

**Vi è evidenza che tutte le attività di prevenzione dell'obesità, miglioramento della dieta, aumento dell'attività fisica coinvolgono le famiglie**

##### **3.1.3 Minimizzare tempi di sedentarietà**

**Vi è evidenza che nello svolgimento delle loro attività quotidiane sono minimizzati i tempi di sedentarietà attraverso attività fisica regolare e strutturata**

## **4.0 - RACCOMANDAZIONI RIVOLTE AL CONTESTO SCOLASTICO**

### ***4.1 - Livello Generale***

#### **4.1.1 Promozione della salute come priorità**

**Vi è evidenza che tutte le scuole pongono la promozione della salute in generale come loro priorità istituzionali. Gli istituti scolastici devono sviluppare azioni globali su questi temi.**

#### **4.1.2 Politica contrasto al fumo**

**Vi è evidenza che ogni istituto scolastico adotta un'esplicita politica di contrasto al fumo, che riguarda tanto gli ambienti interni che le pertinenze della scuola**

### ***4.2- Livello Strategico: Dirigenti scolastici e insegnanti con responsabilità nella gestione della scuola***

#### **4.2.1 Valutazione dell'ambiente scolastico**

**Vi è evidenza che i dirigenti e gli organi collegiali, in accordo con le famiglie, sviluppano una valutazione dell'ambiente scolastico e della mission (ethos) rispetto all'aiuto ai ragazzi a sviluppare un'alimentazione salutare e un'attività fisica appropriati a mantenere un peso adeguato e a prevenire l'abitudine al fumo. Ciò include: le strutture degli ambienti scolastici sia di lavoro che ricreativi, la refezione scolastica e l'offerta di alimenti, il curriculum, i piani di trasporto**

#### 4.2.2 Formazione insegnanti su temi di salute

**Vi è evidenza che la direzione della scuola programma adeguati piani di formazione del personale a supporto delle azioni di prevenzione dell'obesità, miglioramento dell'alimentazione e incremento dell'attività fisica, contrasto al tabagismo**

#### 4.2.3 Accordi scuola- enti locali

**Vi è evidenza che le scuole stipulano accordi formali e stabili di collaborazione con le organizzazioni della comunità, non solo con i servizi sanitari, per favorire il successo delle azioni integrate di prevenzione dell'obesità, miglioramento dell'alimentazione e incremento dell'attività fisica, contrasto al tabagismo**

#### 4.2.4 Caratteristiche interventi

**Vi è evidenza che gli interventi sono: multi componente, di medio lungo periodo (dalla scuola materna fino alla scuola media superiore, intensificando gli interventi nella scuola elementare e media inferiore), globali (coinvolgendo genitori e familiari) rispetto al lavoro e all'ambiente scolastico**

#### 4.2.5 Piano offerta formativa

**Vi è evidenza che le azioni rivolte alla prevenzione dell'obesità e al contrasto del tabagismo fanno parte di un piano integrato di promozione della salute della scuola che è parte integrante del piano dell'offerta formativa**

**4.3 - Livello operativo (erogazione dei servizi):  
raccomandazioni per gli insegnanti ed altri operatori che lavorano nella  
scuola**

**4.3.1 Adesione scuola a piani territoriali**

**Vi è evidenza che gli istituti scolastici aderiscono formalmente al piano territoriale di contrasto all'obesità ed al tabagismo**

**4.3.2 Distribuzione gratuita frutta e verdura**

**Vi è evidenza che in una quota rilevante degli istituti scolastici del territorio vi sono piani di offerta gratuita di verdura e frutta in sostituzione alla distribuzione di snack, merendine e bevande dolci**

**4.3.3 Strategia scuola promotrice di salute**

**Vi è evidenza che gli istituti adottano azioni ispirate alla strategia della “scuola promotrice di salute” (v. 4.1.1)**

**4.3.4 Ruolo insegnanti di educazione fisica**

**Vi è evidenza che gli insegnanti di educazione motoria/fisica svolgono azioni di miglioramento delle competenze degli allievi che offrono gli strumenti per comprendere i loro bisogni di salute legati all'attività fisica nell'arco della vita (physical literacy) anche stabilendo relazioni con soggetti e organizzazioni della comunità.**

#### **4.3.5 Ambienti favorevoli alle relazioni durante i pasti**

**Vi è evidenza che gli ambienti dove si consumano pasti sono gradevoli per gli studenti e facilitano la socializzazione. Se possibile gli insegnanti mangiano con i bambini.**

#### **4.3.6 Considerazione punti di vista di bambini e ragazzi**

**Vi è evidenza che le azioni del programma integrato analizzano e tengono conto dei punti di vista dei bambini e dei ragazzi: preferenze, differenze di genere, barriere potenziali**

#### **4.3.7 Collaborazione con le famiglie**

**Vi è evidenza che le azioni promuovono la collaborazione con le famiglie (v. 4.2.1 e 4.2.4)**

## **5.0 – RACCOMANDAZIONI RIVOLTE AL CONTESTO LAVORATIVO**

### *5.1 - Livello Generale*

#### **5.1.1 Priorità prevenzione**

**Vi è evidenza che le organizzazioni di lavoro, in particolare le più grandi, comprese quelle sanitarie e le amministrazioni pubbliche, includono come prioritarie nelle loro strategie la prevenzione dell'obesità e dei danni da fumo di sigaretta e le azioni a essa collegate**

#### **5.1.2 Partecipazione a campagne di prevenzione**

**Vi è evidenza che i soggetti del mondo del lavoro, attraverso le loro rappresentanze, partecipano formalmente al piano locale di contrasto all'obesità e dei danni da fumo**

### *5.2 - Raccomandazioni per tutti i luoghi di lavoro*

#### **5.2.1 (a) Offerta opportunità**

**Vi è evidenza che nei luoghi di lavoro sono fornite agli addetti possibilità di ottenere un'alimentazione adeguata e opportunità per svolgere attività fisica**

#### **5.2.1 (b)**

**Vi è evidenza che nei luoghi di lavoro viene garantito il rispetto del divieto di fumo in tutti i luoghi di lavoro chiusi e all'aperto, se ci sono rischi di incendio e/o di esplosione**

## 5.2.2 Offerte gratuite

Vi è evidenza che nei luoghi di lavoro vi sono piani di offerta gratuita o semigratuita di frutta e verdura attraverso appositi distributori in sostituzione dei distributori di snack e bevande dolci

## 5.2.3 Offerta risorse

Vi è evidenza che le facilitazioni che vengono offerte agli addetti rispetto al trasporto verso e da il posto di lavoro, l'acquisto e il consumo di cibi appropriati fanno parte esplicitamente di programmi di prevenzione dell'obesità e di gestione del peso.

## 5.2.4 Offerta percorsi di disassuefazione

Vi è evidenza che nei luoghi di lavoro vengono offerti percorsi di disassuefazione e interruzione dell'abitudine al fumo di sigaretta

## ***5.3 - Raccomandazioni per le organizzazioni pubbliche (compreso il Servizio sanitario) e grandi organizzazioni commerciali***

### 5.3.1 Controlli sanitari

Vi è evidenza che i controlli sanitari che vengono svolti nei luoghi di lavoro periodicamente dal medico competente includono il controllo costante e sistematico del peso, della dieta e del livello di attività fisica e forniscono un costante *counseling* antifumo, minimal advice, nonché le informazioni sui rischi per la salute derivanti dal fumo attivo e passivo, dalle sue interazioni con gli altri fattori di rischio presenti, e sulle modalità efficaci per smettere di fumare.

### **5.3.2 Programmi di intervento**

**Vi è evidenza che le azioni volte a migliorare l'erogazione di cibi e bevande nei luoghi di lavoro sono supportate da appropriati programmi di intervento sui comportamenti e sugli ambienti (es. etichettature nutrizionali dei cibi offerti, disponibilità di pasti alternativi a diversa quota calorica)**

## **6.0 – RACCOMANDAZIONI RIVOLTE AI CONTESTI: AUTO AIUTO, PROFIT E ALTRI SETTING DELLA COMUNITÀ**

### ***6.1 -Livello strategico:***

#### ***raccomandazioni per i servizi sanitari e gli enti locali***

##### **6.1.1 Selezioni programmi sui contenuti**

**Vi è evidenza che i servizi sanitari di base e gli enti locali raccomandano o sostengono attività di riduzione dell'obesità e di gestione del peso proposte da altri solo se:**

- aiutano i cittadini a valutare autonomamente il peso e propongono schemi di riduzione di non oltre il 5-10% del peso iniziale**
- tendono ad una riduzione non superiore a 0.5/1 Kg per settimana**
- si focalizzano su cambiamenti sostenibili a lungo termine**
- propongono azioni multicomponente con una varietà ampia di approcci**
- utilizzano una proposta alimentare bilanciata**
- raccomandano l'aumento ed il mantenimento di un adeguato livello di attività fisica (centrata sulle attività quotidiane)**
- includono tecniche di autogestione del cambiamento comportamentale (es. diario, gestione delle ricadute e delle situazioni ad alto rischio)**
- forniscono opportunità di disassuefazione dal fumo di sigaretta**

### 6.1.2 Selezione programmi sulla qualità del programma

**Vi è evidenza che i servizi sanitari di base e gli enti locali raccomandano o sostengono attività di riduzione dell'obesità e di gestione del peso proposte da altri solo se i programmi offerti alla popolazione sono supportati:**

- **da un chiaro e preciso riferimento ad un modello teorico nel quale siano evidenti i rapporti tra cambiamento individuale e influenze socio ambientali**
- **da un modello progettuale di tipo partecipativo e centrato sui bisogni degli utenti in cui la presa di decisione viene gestita attraverso l'uso di metodi di coinvolgimento di tipo deliberativo <sup>1</sup>**
- **da un modello di valutazione che integri la valutazione di processo con un disegno di valutazione dei risultati attesi a breve medio e lungo termine**

### ***6.2 - Livello operativo (erogazione dei servizi):***

***operatori sanitari dell'assistenza primaria e secondaria e setting comunitari***

#### 6.2.1 Contenuti del colloquio sul peso

**Vi è evidenza che gli operatori discutono con le persone che vogliono perdere o mantenere il peso o sono a rischio di sovrappeso/obesità, del *range* di peso appropriato, delle scelte più idonee rispetto allo stile di vita, delle referenze individuali e di cosa sono capaci di sostenere a lungo termine**

### **6.2.2 Monitoraggio peso**

**Vi è evidenza che nella medicina generale, e negli altri *setting* sanitari, vi sia un monitoraggio costante dello stato di salute di coloro che sono coinvolti in programmi di riduzione o controllo del peso**

### **6.2.3 Controllo programmi sul peso**

**Vi è evidenza di un controllo da parte degli operatori sanitari sui programmi commerciali comunitari o di *self help* finalizzati al controllo del peso**

### **6.2.4 Controllo programmi tabagismo**

**Vi è evidenza di un controllo da parte degli operatori sanitari sull'offerta di programmi di disassuefazione e interruzione dell'abitudine al fumo di sigaretta**

## Riferimenti Bibliografici

- Antonovsky A. (1996), *A salutogenic model as a theory to guide health promotion*, Health Promotion International, 11 (1), 11-18.
- Barreto M. L., *Efficacy, effectiveness and evaluation of public health interventions*, J. Epidemiol. Community Health, 59; pp 345-346, 2005
- Bengel J., Strittmatter R., Willmann H. (1999), *What keeps people healthy? The current state of discussion and the relevance of Antonovsky's salutogenic model of health*, Research and Practice of Health Promotion, vol. 4, Federal Centre for Health Education, Cologne.
- Bertini M. (2002), *Modello bio-psico-sociale e salutogenesi*, in Braibanti P., a cura di , Pensare la salute. Franco Angeli, Milano
- Bertozzi N. et al., *La promozione dell'attività fisica nel paziente in soprappeso ed obeso nelle Cure Primarie: un'esperienza di counseling condotta nell'Azienda Sanitaria di Cesena (2002-2003)*, Annali Igiene, 2004
- Bezzi C. (2001), *Il disegno della ricerca valutativa*, Franco Angeli, Milano.
- Bezzi C., *Glossario della ricerca valutativa*, Gramma Edizioni, Perugia, 2004
- Bonaccorsi G. et al., *Modificazioni delle abitudini alimentari in un campione di bambini in seguito all'effettuazione di un percorso educativo all'interno della scuola elementare*, Annali Igiene, 2002
- Brunner EJ, Thorogood M, Rees K, Hewitt G. *Dietary advice for reducing cardiovascular risk*. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Canova F. et al., *Progetto di educazione alimentare mediante peer education in una scuola media superiore di Padova*, ESPS, 2004
- Castoldi F. et al., *Una comunità in movimento: il progetto S. Mauro si mette in moto*, Educazione Sanitaria Promozione della Salute, 2005
- Center for Diseases Control, 2001, MMRW August, vol. 50, n. 31
- Charrier L., Coppo A., Piccinelli C., D'Elia P., Di Stefano F., Molinar R., Giordano L., Senore C., Segnan N., *Raccomandazioni per ambienti liberi dal fumo*, Regione Piemonte, Commissione Regionale antitabacco, Quaderno 1, Maggio 2006
- Conte A. et al., *Esperienza di counseling nutrizionale*, Annali Igiene, 2002
- Coroneo V., Contu P., *Promozione nutrizionale nella scuola: il carnevale degli alimenti*, L'igiene moderna, 2001
- Davies J. K., Macdonald G. (1998), *Quality, Evidence and Effectiveness in Health Promotion. Striving for certainties*, Routledge, London-New York.
- De Vito E. Et al., *Prevenzione dell'obesità infantile risultati di uno studio pilota in Italia Centrale*, L'igiene moderna, 2004
- Doak C.M, Visscher T.M.S., Renders C.M., Seidell J. C. *The Prevention of Overweight and Obesity in Children & Adolescents: A review of Interventions and Programmes*, Obesity Reviews, Vol. 7, n.1, pp 111-136, 2006
- Dunn A. L., *Translating Evidence-Based Physical Activity Interventions into Practice. The 2010 Challenge*, Am J Prev Med, 22 (4s), pp 67-72, 2002.

- European Community Health Indicators *Final Report by the ECHI Project*, February 15, 2001, National Institute of Public Health and Environment (rivm), Bilthoven, The Netherlands
- European Union Community Health Monitoring Programme, (September 2002), *Child Health Indicators of Life and Development (CHILD) Report to the European Commission*, by M. Rigby, Keele University, United Kingdom and L. Koehler Nordic School of Public Health Sweden
- Fatighenti p. et al., *La promozione della salute e i servizi di Igiene degli alimenti e della Nutrizione (SIAN)*, Rivista Italiana di Igiene, 2001
- Ferrante AL. Et al., *Rassegna internazionale sugli interventi di educazione sanitaria per la nutrizione in età geriatrica*, Annali Igiene, 2005
- Green L. W., Kreuter M. W.(1999), *Health promotion planning: An educational and ecological approach*, Mountain View, Mayfield Publishing.
- Harris J., Cale L., *How healthy is school PE? A review of the effectiveness of health-related physical education programmes in schools*, Health Education Journal, vol. 56, pp 84-104, 1997.
- Hart J. *What evidence do we need for evidence-based medicine*", Journal of Epidemiology and Community Health (1997), 51: 623-629
- HBSC Survey Research Protocol, C. Currie (et al.) (1998) *Health Behaviour in School aged Children: a WHO Cross National survey (HBSC)*, Research Protocol for the 1997/98 survey, Research Unit in Health and Behavioural Change, University of Edimburgh
- HBSC Survey Research Protocol, Currie C, Sandal O, Boyce W and Smith R (eds) (2001) *Health Behaviour in School aged Children : a WHO Cross National survey (HBSC)*, Research Protocol for the 2001/2002 survey. Child and Adolescent Health Research Unit (CAHRU), University of Edimburgh
- Hepworth J. (1997), *Debate. Evaluation in health outcomes research: linking theories, methodologies and practice in health promotion*, Health Promotion International, vol. 12: pp. 233-238.
- Hillsdon M, Foster C, Thorogood M. *Interventions for promoting physical activity*. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- ISS, *Linee guida cliniche per promuovere la cessazione dell'abitudine al fumo*, Osservatorio Fumo, Alcol e Droga
- Jori C. et al., *Mangiare è bello, mangiare giusto è meglio: valutazione di un percorso di educazione alimentare nelle scuole elementari del Trentino*, ESPS, 2004
- Kahan, Goodstadt, Best Practice in Health Promotion. The Interactive Domain Model (IDM), [www.bestpractices-healthpromotion.com](http://www.bestpractices-healthpromotion.com)
- Liguori G. et al., *Valutazione dell'efficacia dell'HACCP sul miglioramento delle caratteristiche igienico-sanitarie degli alimenti serviti presso le mense scolastiche statali di un'area della provincia di Napoli*, L'igiene moderna, 2002
- Lindstrom B. (1992), *Quality of life: a model for evaluating health for all. Conceptual considerations and policy implications*, Soz Prevntivmed, vol. 37, pp 301-306.
- Lindström B., Eriksson M. (2005). *Salutogenesis*, J of Epidemiology and Community Health, 59, 440-442
- Loughlan C., Mutrie N., *An evaluation of the effectiveness of three interventions in promoting physical activity in a sedentary population*, Health Education Journal, vol. 56, pp 154-165, 1997
- Mc Queen D.V., Anderson L. M. *What counts as evidence: issues and debates in Evaluation in Health Promotion*, Part 2 Perspectives, (2001) WHO Regional Publications European series n.

- Ministero della Salute, Guadagnare in salute. Rendere facili le scelte salutary, 2007, [www.ministerosalute.it](http://www.ministerosalute.it)
- NICE, *Obesity. Guidance on the prevention, identification, assessment and management of overweight and obesity in adults and children*, 2006
- Ottley C., *Childhood activity and diet in prevention of obesity: a review of the evidence*, Health Education Journal, vol. 56, pp 313-320, 1997
- Palombi E. et al., *Alimentazione e Sport : progetto pilota di educazione alimentare-motoria*, L'igiene moderna, 2004
- Piano Nazionale Linee Guida, *Manuale metodologico. Come diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica*, ISS, 2004
- Pocetta G., Il "processo" come elemento di valutazione di efficacia degli interventi di educazione alla salute, *Rassegna Italiana di Valutazione*, 1996, n.4 (Ottobre-Dicembre)
- Pocetta G., Valutare l'odontoiatria centrata sulla persona, in *Odontoiatria centrata sulla persona*, 2007, Società Scientifica Universo Roma, pag. 199-217
- Pretti G. et al., *Il programma "La sigaretta non mi dona" in Lombardia: valutazione a lungo termine*, ESPS, 2003
- Promotion & Education, *The challenge of getting evidence into practice: current debates and future strategies*, n.1, 2005
- Raeburn J., Rootman I. (1998), *People-centred health promotion*, John Wiley &son, England.
- Regione Veneto, *Verso una scuola libera dal fumo. Guida per il controllo del fumo di tabacco negli ambienti scolastici*, 2005
- Rootman I., *Introduction to the book, in Evaluation in Health Promotion, Part 1 Introduction and framework*, (2001) WHO Regional Publications European series n. 92: 5
- Rootman I, Goodstet M, Potvin L, Springett J, *A framework for health promotion evaluation*, in Rootman et al (ed) *Evaluation in Health Promotion. Principles ad perspectives*, 2001, WHO Regional publications, n.92:28-33
- Savonitto C. et al., *I comportamenti alimentari, l'attività fisica e i fattori di rischio per la salute degli studenti delle scuole medie di Campoformido e delle loro famiglie: risultati e riflessioni su un'esperienza di promozione della salute*, ESPS, 2004
- Secker-Walker RH, Gnich W, Platt S, Lancaster T. *Community intervention for reducing smoking among adults*. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Siero F. W. Et a., *Impact of group nutrition education and surplus value of Prochaska-based stage-matched information on health related cognitions and on Mediterranean nutrition behavior*, Health Education Research, vol. 15, n. 5, pp 635-647, 2000
- Sowden L Stead. *Community interventions for preventing smoking in young people*. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Springett J., *Practical Guidance on evaluating Health Promotion*, Brighton, 1998
- Summerbell CD, Waters E, Edmunds LD, Kelly S, Brown T, Campbell KJ. *Interventions for preventing obesity in children*. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3

- The Development of a European Health Promotion Monitoring System* (March 2004) The EUHPID Project Final Report to the European Commission, DG SANCO by J.K. Davies, International Health Development Research Centre, Faculty of health, University of Brighton, United Kingdom
- The European Network for the Promotion of Health-Enhancing Physical Activity, *Guidelines for Health-Enhancing Physical Activity Promotion Programmes*, written by Charlie Foster, British Heart Foundation Health Promotion Research Group, 2000
- The European Commission/IUHPE, *The Evidence of Health Promotion Effectiveness. Shaping Public Health in a New Europe*, part 2, 2000
- The Health Communication Unit, Centre for Health Promotion University of Toronto, Overview of Sustainability, version 8.2 31, 2001, [www.thcu.ca](http://www.thcu.ca)
- Thomas R, Perera R. *School based programmes for preventing smoking*. (Cochrane Review). The Cochrane Database of Systematic Reviews 2006, Issue 3
- Victorian Government Health Information, *Evidence based health promotion*, <http://health.vic.gov.au/healthpromotion>
- Vizzani G. et al., *Valutazione dell'efficacia di un programma di educazione all'attività motoria in un campione di adolescenti*, ESPS, 1999
- WHO, *Health Promotion Glossary*, 1998
- World Health Assembly Resolution WHA51.12 on health promotion ([www.who.int/hpr/docs/index.html](http://www.who.int/hpr/docs/index.html)). Geneva, World Health Organization, 1988