



Università degli Studi di Firenze

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva

Direttore Chiar.mo Prof. Nicola Comodo

**Metodologia per la costruzione di raccomandazioni
in Sanità Pubblica**

Relatore

Prof. Alberto Baldasseroni

Candidata

Dott.ssa Miriam Levi

Correlatore

Chiar.mo Prof. Nicola Comodo

Anno Accademico
2008-2009

RINGRAZIAMENTI

Vorrei ringraziare le seguenti persone che hanno contribuito a fornirmi dati, informazioni, idee e supporto nella stesura di questa tesi:

Prof. Alberto Baldasseroni

Sara e Roberto Bandinelli

Roberto Bonaiuti

Claudia Dellisanti

Sara Franchi

Nadia Olimpì

Francesca Santomauro

*Ringrazio per questi anni alla Scuola di Specializzazione in Igiene e Medicina Preventiva :
Prof. Nicola Comodo, Prof. Guglielmo Bonaccorsi, Prof. Paolo Bonanni, Prof. Fabrizio Gemmi, Prof.*

Gavino Maciocco, Chiara Lorini,

*Tutti i compagni della Scuola di Specializzazione Andrea, Marco, Michela e Pina con cui abbiamo
costruito un affiatato "team"*

INDICE

1 Introduzione	1
1.1 La necessità di prove di efficacia in Sanità Pubblica	1
1.2 Il movimento della Evidence Based Prevention	3
1.3 La costruzione di raccomandazioni in Sanità Pubblica	5
1.3.1 Linee Guida	6
1.3.2 Raccomandazioni definite con il metodo delle consensus conference	11
1.3.3 Raccomandazioni definite mediante un rapporto di technology assessment	12
1.4 La scelta dello strumento Linea Guida per fornire raccomandazioni in Sanità Pubblica	12
2 Alla ricerca di una metodologia per la costruzione di raccomandazioni in Sanità Pubblica	14
2.1 Fasi di costruzione della Linea Guida	15
2.2 Scelta dell'argomento e definizione degli obiettivi	15
2.3 Individuazione dei destinatari della Linea Guida	15
2.4 Selezione e formalizzazione del gruppo di coordinamento, del panel e del gruppo di consultazione e definizione delle modalità di lavoro	16
2.5 Elaborazione delle reti logiche e lista quesiti	17
2.5.1 Il modello PICOT	24
2.6 Ricerca delle prove di efficacia per la risposta ai quesiti e valutazione della loro qualità	31
2.6.1 Le banche dati di Linee Guida	31
2.6.2 Le banche dati di revisioni sistematiche	32
2.6.2.1 L'approccio realistico per la valutazione degli interventi complessi	35
2.6.2.2 Le revisioni rapide	37
2.6.3 Le banche dati di studi primari	38
2.6.4 Le banche dati di letteratura grigia	39
2.6.5 Valutazione critica delle prove di efficacia	40
2.6.5.1 Valutazione critica delle Linee Guida	41
2.6.5.1.1 Il sistema GRADE per la valutazione della forza delle raccomandazioni e della qualità delle prove di efficacia	42
2.6.5.2 Valutazione critica delle revisioni sistematiche	43
2.6.5.3 Valutazione degli studi primari	50
2.7 Stesura di una bozza di Linea Guida che contenga raccomandazioni e indicatori	53
2.8 Confronto con panel e invio della bozza al Gruppo Allargato	

di Consultazione	54
2.9 Confezione del documento finale, disseminazione e implementazione	56
3 Costruzione di una Linea Guida per il contrasto alla sedentarietà	58
3.1 Introduzione	58
3.2 Materiali e Metodi	58
3.2.1 Costruzione del logical frame work	58
3.2.2 Ricerca delle LG internazionali e individuazione dei quesiti	59
3.2.3 Contatti con il panel	62
3.3 Risultati	62
3.4 Discussione	65
4 Conclusioni e prospettive	67
5 Appendici	70
Appendice 1 Strumento per la valutazione della metodologia utilizzata per la stesura di revisioni sistematiche utilizzato dall'ente Health-evidence	70
Appendice 2 Passi per la stesura di una "revisione realistica"	71
Appendice 3 Lettera al panel di esperti	73
Appendice 4 Bibliografia delle Linee Guida incluse nell'analisi	75
Appendice 5 Sistemi di grading utilizzati nelle diverse linee guida	77
Appendice 6 Raccomandazioni suddivise per popolazione target	82
6 Bibliografia	134

CAPITOLO 1. INTRODUZIONE

1.1 La necessità di prove di efficacia in Sanità Pubblica

Ormai diffusamente accettato nell'ambito della medicina clinica è l'approccio della Evidence Based Medicine (EBM): quel processo per cui, secondo la definizione di David Sackett, “le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze scientifiche disponibili, mediate dalle preferenze del paziente”¹.

Analogamente a quanto accade nella pratica clinica, anche gli operatori di Sanità Pubblica, nello svolgimento delle attività quotidiane, dovrebbero sempre fare riferimento alle evidenze scientifiche esistenti nel momento in cui prendono decisioni o sviluppano programmi di politiche sanitarie, se non altro per orientare su basi scientifiche l'assegnazione di risorse: con risorse disponibili sempre più limitate risulta quanto mai necessario saperle utilizzare opportunamente. In passato, la scelta degli interventi da effettuare in Sanità Pubblica è stata dettata troppo spesso dalla necessità di trovare soluzioni a breve termine per problemi contingenti e interventi e programmi di policy sono stati sovente realizzati sulla scorta di evidenze di tipo “aneddotico”². Oggi, fortunatamente, non è più così: anche in Sanità Pubblica sempre più spesso ci si serve dell'applicazione del ragionamento scientifico, incluso l'uso sistematico di dati, dei sistemi di informazione e l'uso appropriato di modelli di pianificazione. La Evidence Based Public Health (EBPH) è quel processo finalizzato al miglioramento delle condizioni di salute della popolazione, basato sull'integrazione tra l'adozione di interventi basati su prove di efficacia e le preferenze espresse dalla comunità³.

Culturalmente e metodologicamente gli approcci della Evidence Based Public Health e della Evidence Based Medicine sono simili, ma sussistono importanti differenze, in primis riguardo al volume e la qualità della *evidence* (intendendo dunque con questo termine anglosassone fatti, dati o conoscenze che possono essere utilizzati per prendere decisioni, risolvere problemi od orientare un'azione⁴): malgrado sia possibile ottenere importanti risultati in termini di salute della popolazione, le prove di efficacia a sostegno di interventi di EBPH sono di gran lunga inferiori e i metodi di studio godono di minore validità, in quanto gli studi

1 Sackett D. Evidence based medicine: what it is and what it isn't BMJ 1996;312:71-72

2 Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-based Public health. Oxford University press 2003

3 Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence-based Public Health: an evolving concept. Am J Prev Med 2004;27 (5): 417-421

4 Perra A, Profea Cnesps-ISS, Roma 2005

effettuati in Salute Pubblica, quasi mai sperimentali, sono per lo più studi trasversali, quasi-sperimentali o studi prima-dopo, in cui generalmente manca il gruppo di controllo (Fig. 1).

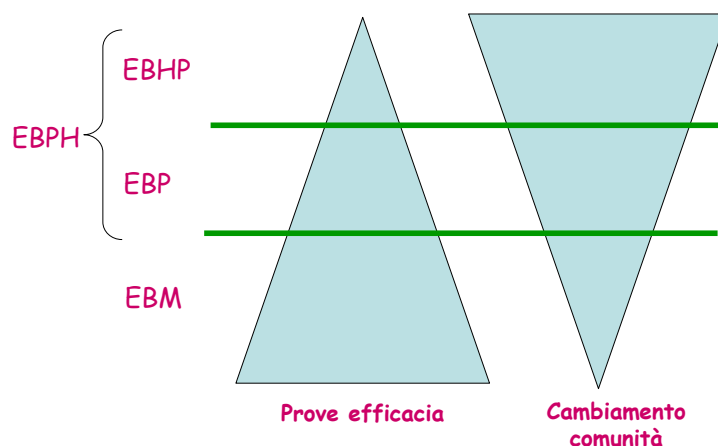


Figura 1. Gli interventi potenzialmente più efficaci nel determinare importanti risultati di salute nella popolazione hanno meno efficacia documentata. EBHP Evidence-based health promotion; EBP Evidence-based prevention; EBM Evidence-based medicine (Perra A. Profea Cnesps-ISS, Roma 2009, modificato)

Inoltre l'intervallo che intercorre tra l'applicazione dell'intervento e la valutazione dei risultati è più ampio in Salute Pubblica, anche di decenni (ad esempio se volessimo valutare l'efficacia di un intervento per la lotta al fumo nei giovani per andare ad incidere sulla mortalità per tumore al polmone).

Altri aspetti da prendere in considerazione sono la migliore accettabilità culturale e la più alta trasferibilità in altri contesti di interventi o decisioni prese in EBM rispetto a interventi di Sanità Pubblica.

Un'ultima differenza riguarda il tipo di prove di efficacia che i professionisti della salute devono andare a ricercare: in EBM si ricercano le prove di I tipo, quelle che stabiliscono la forza della relazione tra la malattia ed un suo fattore di rischio prevenibile. Questo tipo di prove può portare alla conclusione che "qualcosa" debba essere fatto: riguarda da vicino i professionisti che lavorano in medicina clinica.

Il II tipo di prove sono utili a valutare l'efficacia pratica di un intervento. Aiutano a rispondere alla domanda: "che cosa deve essere fatto?". E' soprattutto di questo livello di "evidence" che hanno bisogno gli operatori di Sanità Pubblica.

In tab.1 riassumiamo le principali differenze che intercorrono tra EBM ed EBPH.

Caratteristiche	EBM	EBPH
Qualità della Evidence	Studi sperimentali	Studi osservazionali e quasi-sperimentali
Volume della Evidence	Grande	Piccolo
Intervallo fra intervento e risultati	Più corto	Più lungo
Formazione degli operatori	Richiesta certificazione	Non richiesta certificazione
Utilizzazione	Individuale	Di gruppo
Accettabilità culturale	Meno complessa	Complessità variabile
Trasferibilità ad altri contesti	Alta	Variabile

Tabella 1. Principali differenze tra EBM e EBPH ^{2,4}

1.2 Il movimento della Evidence Based Prevention (EBP)

Nel nostro Paese, il movimento verso iniziative di Sanità Pubblica basate su prove di efficacia ha progressivamente guadagnato slancio negli ultimi dieci anni, da quando è nata, con la riunione a Bologna del primo gruppo promotore nel settembre 1999, l'iniziativa della Evidence Based Prevention (EBP), un movimento di operatori sanitari che cooperano per cambiare la pratica della prevenzione, sforzandosi di migliorarla al fine di renderla sempre più utile per la salute della popolazione⁵. L'iniziativa EBP intende arricchire la prevenzione di tutti gli interventi per cui, a seguito di studi basati su metodologie scientifiche, è stata dimostrata l'utilità e l'efficacia (*pars costruens* dell'EBP) e intende eliminare al contempo, progressivamente, tutte quelle pratiche di prevenzione per cui è stata dimostrata l'inutilità o l'inefficacia (*pars destruens* dell'EBP), proponendosi inoltre di aumentare il livello di competenza degli operatori della prevenzione nell'affrontare il lavoro con capacità di giudizio sui costi rispetto alla efficacia delle diverse azioni.

Le attività comunemente svolte dagli attori della Sanità Pubblica nel territorio, i Dipartimenti della Prevenzione (DP), dovrebbero avere come scopo finale quello di aumentare e migliorare lo stato di salute della comunità. Non tutti gli interventi che vengono routinariamente offerti alla comunità sono però sicuramente efficaci; secondo Muir Gray⁶ possiamo infatti distinguere:

1. Interventi che procurano più beneficio che danno
2. Interventi che recano più danno che beneficio
3. Interventi di cui non si conosce ancora l'impatto

⁵ Bernhardt S. "Metodologia della valutazione delle prove di efficacia in sanità pubblica". Tesi di specializzazione, 2003

⁶ Muir Gray JA. Evidence-based healthcare and Public Health. How to make decisions about health services and public health, Churchill Livingstone 2008

Il gruppo dell'EBP ha adottato tale tassonomia e, suddividendo l'insieme degli interventi di prevenzione primaria sulla base della loro efficacia, ha costruito la cosiddetta "torta dell'efficacia" in Prevenzione (fig. 2): grossolanamente le pratiche di prevenzione si possono suddividere in una fetta "bianca" di interventi provatamente efficaci, una fetta "nera" di interventi inefficaci e compresi nelle prestazioni dei DP ed una grande fetta "grigia", di interventi di cui al momento non si conosce l'efficacia, ma ugualmente offerti dai DP. Le pratiche elencate nella figura rappresentano soltanto alcuni esempi.

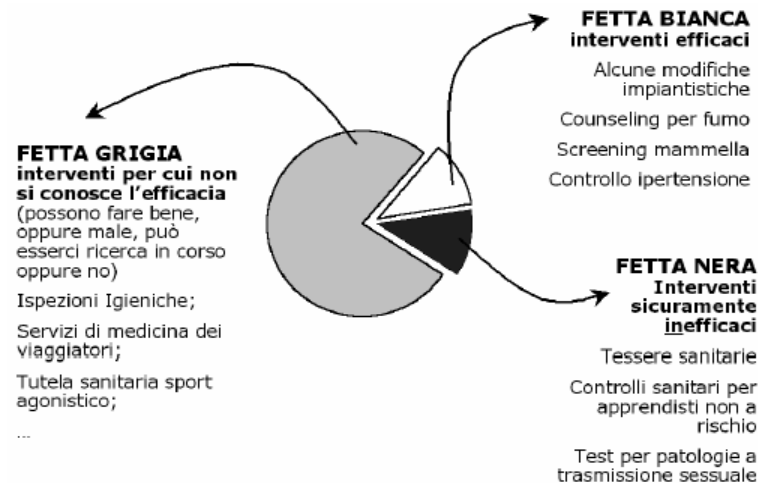


Figura 2. La torta dell'efficacia in prevenzione

Molti degli interventi di SP sono stati introdotti a livello internazionale, in un'epoca antecedente alla diffusione dei moderni standard di efficacia e sicurezza. Una delle priorità dei sistemi sanitari è quella di disincentivare l'applicazione di pratiche inutili e inappropriate allo scopo di aumentare l'equità, l'efficienza, la qualità e la sicurezza assistenziali e una sostenibile allocazione delle risorse^{7,8}.

Nel corso dell'ultimo decennio, grazie alla costruzione di alcuni Dossier di Valutazione delle prove di efficacia di Programmi di Sanità Pubblica, il gruppo EBP italiano ha portato avanti la raccolta, l'ordinamento e la diffusione del materiale di documentazione circa alcune pratiche di prevenzione collettiva dimostratamente efficaci ed ha evidenziato al contempo le pratiche per cui non esistono prove di efficacia: nel Luglio 2002, attraverso la pubblicazione dei risultati del progetto SALeM (Valutazione di efficacia del Programma di Sanità Pubblica di sorveglianza di apprendisti e minori avviati al lavoro in settori "non a rischio") sotto forma

7 Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy process for disinvestment from existing, ineffective health care practices. Aust New Zealand Health Policy 2007;4:23

8 Elshaug AG, Hiller JE, Moss JR. Exploring policy-makers' perspectives on disinvestment from ineffective healthcare practices. Int J of technology assessment in health care 2008;24(1):1-9

di Dossier⁹, si assiste alla prima valutazione di efficacia di un programma di Sanità Pubblica italiano. A questo hanno fatto seguito negli anni successivi il Dossier LISA (Libretto di Idoneità Sanitaria per gli alimentaristi Autunno 2003)¹⁰, il Dossier Fidippide sulle visite mediche per l'avviamento all'attività sportiva agonistica (Settembre 2005)¹¹, il Dossier Apicius sull'efficacia degli interventi per la prevenzione delle tossinfezioni alimentari (Ottobre 2005)¹², il Dossier di valutazione economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili (Febbraio 2007)¹³ e il Dossier per la valutazione delle prove di efficacia dell'introduzione universale della vaccinazione contro le patologie causate da *Streptococcus pneumoniae* nei bambini e negli adulti (Luglio 2007)¹⁴. Nell'anno 2007 è stato avviato il progetto "Programmi efficaci per la prevenzione dell'obesità: il contributo dei Servizi Igiene Alimenti e Nutrizione (SIAN)".

Nell'Ottobre del 2006 il CCM (Centro per la prevenzione ed il controllo delle malattie) ha dato il via al progetto per la valutazione dell'efficacia degli interventi contro gli infortuni sul lavoro, al quale ha fatto seguito nel Gennaio 2009 il relativo Dossier¹⁵.

L'iniziativa per l'EBP è dunque cresciuta nel corso degli anni, diventando da "gruppo spontaneo", un centro di riferimento del Ministero della Salute, da "movimento culturale", un vero e proprio "gruppo tecnico a supporto delle iniziative normative nazionali e regionali"¹⁶.

1.3 La costruzione di raccomandazioni in Sanità Pubblica

La *pars construens* della Evidence Based Prevention sta guadagnando sempre maggiore importanza: priorità del gruppo italiano dell'EBP è infatti adesso quella di "spostare le risorse

9 Baldasseroni A, Bernhardt S, Cervino D., Gardini A, Salizzato L. Dossier SALEM: applicazioni di un metodo per la valutazione di prove di efficacia in Sanità Pubblica. *Epidemiologia e prevenzione* 2004;28 (4-6):279-286 <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pro-salem.asp> [accesso 27-07-2009]

10 Baldasseroni A, Bernhardt S, Ciani Passeri A. Valutazione dell'efficacia dell'intervento libretto d'idoneità sanitaria per alimentaristi (LISA) all'interno dei programmi di salute pubblica per la salubrità e la sicurezza degli alimenti <http://www.epicentro.iss.it/ebp/ebp-prezzo.asp> [accesso 27-07-2009]

11 Baldasseroni A, Dellisanti C. Dossier Fidippide: valutazione di efficacia del programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni. Dicembre 2005 http://www.epicentro.iss.it/ebp/sintesi_filippide.asp [accesso 27.07.2009]

12 Baldasseroni A, Dellisanti C. Dossier Apicius. Interventi per il controllo e la sicurezza degli alimenti per la prevenzione delle tossinfezioni alimentari: prove di efficacia. Aprile 2006 <http://www.epicentro.iss.it/ebp/report%20alimenti%20apicius4.pdf> [accesso 27-07-2009]

13 Baldasseroni A., Dellisanti C. Valutazione economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili Marzo 2007 http://www.epicentro.iss.it/ebp/varicella_ebp.asp [accesso 27-07-2009]

14 Baldasseroni A., Franchi S., Dellisanti C. Introduzione universale della vaccinazione contro le patologie causate da *Streptococcus pneumoniae* nei bambini e negli adulti: prove di efficacia Luglio 2007 http://www.epicentro.iss.it/ebp/strepto_pres.asp [accesso 27-07-2009]

15 Baldasseroni A, Olimpini N, Bonaccorsi G. Revisione sistematica dell'efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro. *Med Lav* 2009; 100, 4: 268-271

16 Buiatti E. Lo stato dell'arte dell'EBP in Italia www.ccm-network.it/documenti_Ccm/.../Relazione_A1Buiatti.pdf

della prevenzione dalle pratiche poco utili per problemi di salute poco rilevanti ai programmi efficaci per problemi di salute prioritari”¹⁷. Per tale motivo l'intento del gruppo è quello di abbandonare la produzione di dossier, che al momento rimangono il riferimento per la *pars destruens* pura, a favore della produzione di Linee Guida di Sanità Pubblica: strumento da sviluppare per la *pars construens*, con lo scopo di aiutare i medici e la popolazione a decidere i programmi più appropriati per specifici problemi di salute, e che progressivamente passerà ad includere anche la *pars destruens*.

Diverse sono le tipologie di raccomandazione, esamineremo nel dettaglio le seguenti tre:

1. Linee Guida
2. Raccomandazioni definite con il metodo delle consensus conference
3. Raccomandazioni definite mediante un rapporto di technology assessment

1.3.1 Linee Guida

La produzione di Linee Guida in ambito clinico ha avuto origine negli Stati Uniti a partire dagli anni novanta del secolo scorso e si è rapidamente diffusa anche nel nostro Paese, secondo la definizione dell'Institute of Medicine (IOM), come “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”¹⁸. La necessità per i professionisti della salute di fare riferimento a raccomandazioni rigorose, trasparenti e aggiornate che poggiano su solide basi scientifiche risiede nel fatto che quando si interviene nelle vite degli altri è essenziale, prima di ogni cosa, fare di tutto per non arrecare danno¹⁹: le teorie eziopatogenetiche, in assenza di prove empiriche, determinano decisioni che sono passibili di errore e l'inadeguatezza degli strumenti di ricerca rende la teorizzazione precaria e inaffidabile fino a che non sia confermata o rifiutata da una prova di efficacia²⁰.

Gli elementi fondamentali che contraddistinguono una Linea Guida dalle altre tipologie di raccomandazione sono²¹:

17 Baldasseroni A, Bonvini D, de Belvis AG, Faggiano F, Franchi S, Ricciardi W (REProSP Network) - Ricerca sull'Efficacia dei Programmi di Sanità Pubblica Convegno: il CCM per la prevenzione programmi efficaci per la sanità pubblica Sanit Roma, 25 giugno 2008 Network di Centri di Ricerca e Servizi per la Prevenzione basata sulle prove di efficacia, il programma 2008-2009

18 IOM (1990). Clinical practice guidelines: Directions for a new program. Washington: National Academic Press, p. 38

19 Chalmers I. Trying to do more Good than Harm in Policy and Practice: The Role of Rigorous, Transparent, Up-to-Date Evaluations The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science. 2003; 589: 22-40

20 Popper K. Unended quest. An intellectual autobiography. Open Court Publishing Company 1982

21 Istituto Superiore di Sanità. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Linee Guida. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002

1. la multidisciplinarietà del gruppo di produzione
2. la valutazione sistematica delle prove scientifiche disponibili alla base delle raccomandazioni formulate
3. la classificazione delle raccomandazioni in base alla qualità delle prove scientifiche che le sostengono
4. la presa in carico del problema nella sua interezza

1. La multidisciplinarietà del gruppo di lavoro garantisce la partecipazione di tutte le forze sociali interessate al problema in esame: tutte le parti in causa devono avere l'opportunità di esprimere la propria prospettiva in modo che sia possibile integrare l'efficacia sul campo con dimensioni come quella etica, organizzativa, gestionale ed economica.

2. Elemento caratterizzante la produzione di raccomandazioni basate su prove di efficacia è la disponibilità di revisioni sistematiche opportunamente condotte (fig.3): negli ultimi anni, grazie all'attività di numerose agenzie ed in particolare al contributo della Cochrane Collaboration, un'iniziativa internazionale nonprofit nata nel 1993 allo scopo di raccogliere, valutare criticamente e diffondere le informazioni relative alla efficacia degli interventi sanitari, si sono notevolmente affinati i metodi per la realizzazione di revisioni sistematiche. Oggi il professionista, con notevole risparmio di tempo e di energie, può attingere a documenti realizzati secondo una metodologia rigorosa ed esplicita in cui si sintetizzano e si valutano i risultati di tutti i più importanti studi primari esistenti sullo specifico argomento di interesse. L'utilizzo delle revisioni sistematiche si è rivelato una strategia particolarmente efficiente per individuare le basi scientifiche su cui fondare la scelta di processi decisionali il più possibile appropriati.

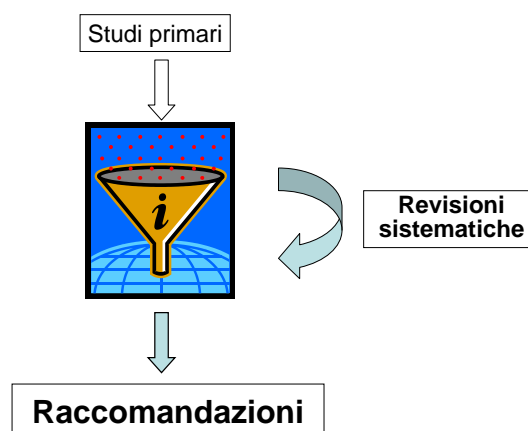


Figura 3. Il metodo delle revisioni sistematiche per la sintesi delle informazioni

3. Altro elemento caratterizzante la produzione di raccomandazioni è la definizione del grado di validità delle informazioni scientifiche alla base delle raccomandazioni stesse.

Diversi sono i sistemi utilizzati dalle agenzie e dai gruppi internazionali per la valutazione delle prove scientifiche (al momento non si dispone di un sistema unificato). Alla base di ciascuno di essi, due aspetti sono tuttavia costantemente presi in considerazione: da una parte il *livello delle prove*, che si riferisce alla probabilità che le conoscenze a disposizione derivino da studi pianificati e condotti in modo da produrre risultati validi e privi di errori sistematici, dall'altra la *forza delle raccomandazioni*, che fa riferimento alla probabilità che l'applicazione di una data raccomandazione abbia risvolti positivi in termini di miglioramento dello stato di salute della popolazione target.

Il livello di prova influenza, ma non determina completamente, la forza della raccomandazione, che dipende anche in larga misura dalla applicabilità dello specifico intervento raccomandato, nonché dalla percezione socio-culturale del problema specifico. Tra i sistemi di grading più rinomati vi sono quello della Canadian Task Force on the Periodic Health Examination²², quello utilizzato dalla US Preventive Task Force statunitense²³, quello adottato dal SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network)²⁴, quello sviluppato dal Centre for evidence based medicine (CEBM) di Oxford²⁵ e quello del Centro per la valutazione della efficacia della assistenza sanitaria (CeVEAS di Modena), adottato dal Programma nazionale per le Linee Guida italiano²⁶. Il sistema del SIGN è stato utilizzato per la valutazione del livello delle prove di efficacia a sostegno delle raccomandazioni da parte del gruppo di lavoro che si è dedicato alla stesura della Linea Guida sulla cessazione del fumo di tabacco per la regione Piemonte.

Il gruppo EBP italiano nella redazione dei dossier ha finora riportato il giudizio sulle prove di efficacia reperite attraverso un sistema che prevedeva che ciascuno degli esperti esprimesse un giudizio basandosi sul materiale raccolto su una scala quantitativa ordinale, costituita da quattro risposte chiuse, due propendenti per un giudizio positivo, due per un giudizio negativo (efficacia dimostrata; esiguità di prove ma efficacia possibile; esiguità di prove, ma efficacia improbabile; inefficacia dimostrata).

4. Scopo principale di una Linea Guida è la trattazione del tema considerato in tutti i suoi aspetti: è essenziale che vengano considerate anche quelle questioni che non sono valutabili in

22 <http://www.ctfphc.org/>

23 <http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/grades.htm>

24 <http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>

25 <http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

26 <http://www.snlg-iss.it/>

maniera rigorosa perché le prove scientifiche a riguardo sono insufficienti. Ci si basa allora, per tali aspetti, prevalentemente sul parere degli esperti.

Il metodo della Linea Guida viene infatti scelto quando il tema da affrontare è vasto e richiede che siano trattati non solamente gli aspetti scientifici, ma anche quelli gestionali e organizzativi del problema. Nel caso della produzione di Linee Guida le evidenze scientifiche devono essere tali da permettere la costruzione di raccomandazioni chiare e dettagliate.

Linee Guida, anche di Sanità Pubblica, sono prodotte solitamente a livello nazionale o internazionale ad opera di Associazioni di Medici o di istituzioni governative. A titolo di esempio, negli USA il principale repository di Linee Guida è il National Clearinghouse²⁷, ma molto utilizzate sono anche le raccomandazioni elaborate dalla Guide to community Preventive Services (Community Guide)²⁸; nel Regno Unito l'istituzione preposta alla messa a punto di Linee Guida in ambito clinico, organizzativo e tecnologico è il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE)²⁹. Molte organizzazioni di questo tipo fanno parte del Guidelines International Network, che detiene il più ampio database di Linee Guida esistente sul web: la International Guideline Library.

Esistono alcune differenze da segnalare tra LG cliniche e LG di Sanità Pubblica (Tab. 2): la prima riguarda la difficoltà di raccogliere le prove nel campo degli interventi di prevenzione collettiva data l'oggettiva difficoltà nel realizzare studi randomizzati controllati nel panorama della Sanità Pubblica; la seconda importante differenza riguarda il tipo di destinatari ai quali è rivolta, che si differenziano sostanzialmente da quelli di un analogo documento clinico, in quanto sono sia professionisti che lavorano in diversi livelli del Servizio Sanitario (dal Dipartimento di Prevenzione ai Distretti, alle Direzioni Aziendali), sia professionisti che operano fuori dalla Sanità, come decisori politici nazionali, amministratori di enti locali, educatori, insegnanti etc. Gli ambiti di trattazione di una Linea Guida di SP sono pertanto necessariamente più ampi e il gruppo di lavoro è composto da professionisti che operano nei diversi contesti rappresentati.

²⁷ <http://www.guideline.gov/>

²⁸ <http://www.thecommunityguide.org/index.html>

²⁹ <http://www.nice.org.uk/>

LG Cliniche	LG di Sanità Pubblica
Interventi individuali, pertanto randomizzabili	Interventi indirizzati al livello di popolazione (normative, campagne di mass media): non sempre randomizzabili
RCT è lo standard di validità	RCT non può essere il solo standard di validità
Destinatari sono gli operatori sanitari: il linguaggio utilizzato è quello medico	Destinatari delle raccomandazioni numerosi e molto variabili: necessità di adattare il linguaggio ai diversi tipi di destinatari

Tabella 2. Principali differenze tra LG cliniche e LG di Sanità Pubblica

Fino ad oggi, in Italia, gli esempi di LG di Sanità Pubblica non sono molto numerosi: tra questi vale la pena citare una LG con ambito di applicazione nazionale (Prevenzione delle cadute da incidente domestico negli anziani) e una con ambito di applicazione regionale (Linee Guida per la Regione Piemonte sulla Cessazione del fumo di tabacco), entrambe pubblicate sul sito del Sistema Nazionale Linee Guida³⁰.

Il sottocomitato EBP del Centro nazionale per la Prevenzione e il Controllo delle Malattie (CCM) ha recentemente deciso di promuovere un programma per l'elaborazione di Linee Guida di Prevenzione. Il programma, di cui è capofila l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana, ha l'obiettivo di elaborare 3 Linee Guida nell'arco dei prossimi due anni (LG per la sicurezza stradale, LG per la prevenzione dell'iniziazione del fumo di tabacco, LG per il contrasto alla sedentarietà) e soprattutto di sviluppare una metodologia di elaborazione di Linee Guida che consideri la particolarità degli interventi di Sanità Pubblica. Nel terzo capitolo di questa tesi presentiamo la parte preliminare del lavoro che condurrà alla elaborazione della Linea Guida per il contrasto alla sedentarietà.

Prima di procedere alla costruzione di nuovi documenti, è preferibile verificare sempre la disponibilità di Linee Guida già esistenti, poiché la costruzione ex novo richiede un notevole dispendio di tempo, energie e risorse^{31,32,33,34}.

30 Cfr. nota 26

31 Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. *BMJ* 1999;318:728-730

32 Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated? *BMJ* 2001;323:155-157

33 Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. *AMA* 2008;299: 211-213

Le differenze culturali e organizzative tra i diversi paesi rendono tuttavia sempre necessario l'adattamento locale della Linea Guida: oggi è prioritaria l'acquisizione delle capacità critiche necessarie a stabilire in che misura documenti già disponibili siano sufficientemente solidi dal punto di vista scientifico per essere presi in considerazione per una loro applicazione a livello locale. Il gruppo ADAPTE, sulla base di un'attenta analisi della letteratura e dell'ampia esperienza nel campo della costruzione di Linee Guida, ha proposto un processo che si sviluppa in sette punti, per un adattamento "trans-contestuale"³⁵:

1. Definizione dei quesiti: analogamente al processo di produzione de novo, vanno definiti i quesiti clinici, tenendo in considerazione la popolazione, il tipo di intervento da intraprendere, i professionisti cui la Linea Guida si rivolge, gli outcome di salute che si intende raggiungere
2. Ricerca di Linee Guida nei database internazionali
3. Valutazione dei contenuti delle Linee Guida reperite, per selezionare quelle che devono essere analizzate in maggior dettaglio
4. Valutazione della qualità, della coerenza e della riproducibilità delle raccomandazioni riportate. E' questo un passo fondamentale nel processo di adattamento della Linea Guida
5. Adattamento delle raccomandazioni sulla base delle valutazioni fatte nelle fasi precedenti. A tal fine risulta estremamente utile riassumere in una tabella comparativa i punteggi di qualità, coerenza tra prove di efficacia e raccomandazioni e sull'applicabilità delle raccomandazioni stesse
6. Revisione del documento prodotto da parte di un gruppo esterno di consultazione
7. Adozione, diffusione e implementazione della Linea Guida

1.3.2 Raccomandazioni definite con il metodo delle *consensus conference*

Si tratta di una metodologia che prevede la pianificazione di incontri della durata di alcuni giorni tra esperti ai quali una giuria, composta da specialisti e non, chiede, previa costruzione di un documento preliminare, di trovare un consenso su un problema puntuale per il quale le prove di efficacia esistenti sono insufficienti, frammentarie e/o contraddittorie e per il quale non sono state espresse posizioni unanimi.

34 Muth C, Gensichen J, Beyer M, Hutchinson A, Gerlach FM. The systematic guideline review: method, rationale, and test on chronic heart failure. BMC Health Services Research 2009;9:74

35 Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Milka-Cabanne N, Paquet L, Coulombe M, Poirier M, Burnand B. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. Int J Qual Health Care 2006;18:167-176

Il metodo delle conferenze di consenso è adottato in modo paradigmatico dalla IARC (International Agency for Research on Cancer): un panel di esperti e le forze sociali interessate a un determinato problema vengono convocati dopo la preparazione di una bozza preliminare di documento e viene offerta loro tutta la letteratura scientifica esistente sul tema. Gli esperti discutono assieme per alcuni giorni fino a quando non viene raggiunto un giudizio all'unanimità.

I limiti di questo metodo di lavoro consistono essenzialmente nel rischio che venga attribuito un peso eccessivo al parere degli esperti e al fatto che frequentemente non si dispone di una revisione sistematica delle prove disponibili³⁶.

1.3.3 Raccomandazioni definite mediante un rapporto di technology assessment

Consistono nella valutazione di benefici, rischi e costi dell'introduzione di tecnologie in ambito sanitario. Sono state prodotte raccomandazioni secondo la metodologia del technology assessment da diverse agenzie internazionali, per esempio sull'utilizzo di tecnologie per screening oncologici. E' un metodo che viene scelto quando si vuole valutare non solamente le caratteristiche di efficacia e sicurezza, ma anche l'impatto complessivo che potrebbe derivare dalla introduzione della tecnologia stessa.

1.4 La scelta dello strumento Linea Guida per fornire raccomandazioni in Sanità Pubblica

In Tabella 3 riportiamo una sintesi dei criteri di massima da seguire per la scelta del tipo di approccio di volta in volta più adeguato alla produzione di raccomandazioni.

Linea Guida	Consensus conference	Technology assessment
Il tema da trattare è vasto e può essere suddiviso in numerosi quesiti principali e secondari	Il tema è limitato e può essere suddiviso in pochi quesiti specifici	Il problema riguarda l'introduzione di una tecnologia specifica
E' disponibile una buona quantità di dati sul tema	La controversia riguarda soprattutto la dimensione scientifica di qualità delle prove	La tecnologia in oggetto è destinata ad avere un impatto complesso sul sistema sanitario ed è necessario sviluppare modelli in grado di prevederne utilizzo e gestione
E' necessario formulare raccomandazioni di comportamento relative ai diversi aspetti del problema di salute (organizzativi, interpersonali etc.)	La questione da affrontare è ancora in fase embrionale e si deve insistere per ottenere investimenti di ricerca ad essa dedicati	E' richiesta la valutazione da parte di competenze e professionalità differenti

Tabella 3. Criteri di massima per la scelta dello strumento per la produzione di raccomandazioni in Sanità Pubblica [25, modificato].

³⁶ Cfr. nota 21

L'approccio più utilizzato in Sanità Pubblica e scelto dal gruppo italiano della EBP è quello delle Linee Guida, in quanto i temi da trattare sono solitamente molto ampi, richiedono una scomposizione in quesiti e sotto-quesiti affinché il problema venga affrontato in tutti i suoi molteplici aspetti e la notevole mole di dati generalmente disponibile rende possibile la elaborazione di raccomandazioni chiare e dettagliate.

Il metodo della stesura del documento prevede dapprima una analisi rigorosa della letteratura esistente da parte di un gruppo di coordinamento, quindi la presa in considerazione dell'opinione di esperti sugli aspetti che non sono coperti da evidenze scientifiche. La stesura delle raccomandazioni di una Linea Guida, come vedremo, è un atto molto complesso: in ultima analisi il lavoro di produzione consiste nello strutturare una presentazione delle conoscenze disponibili sull'argomento per favorirne la diffusione e l'utilizzo da parte dei professionisti che possono trarne beneficio nella loro pratica quotidiana.

CAPITOLO 2. ALLA RICERCA DI UNA METODOLOGIA PER LA COSTRUZIONE DI RACCOMANDAZIONI IN SANITÀ PUBBLICA

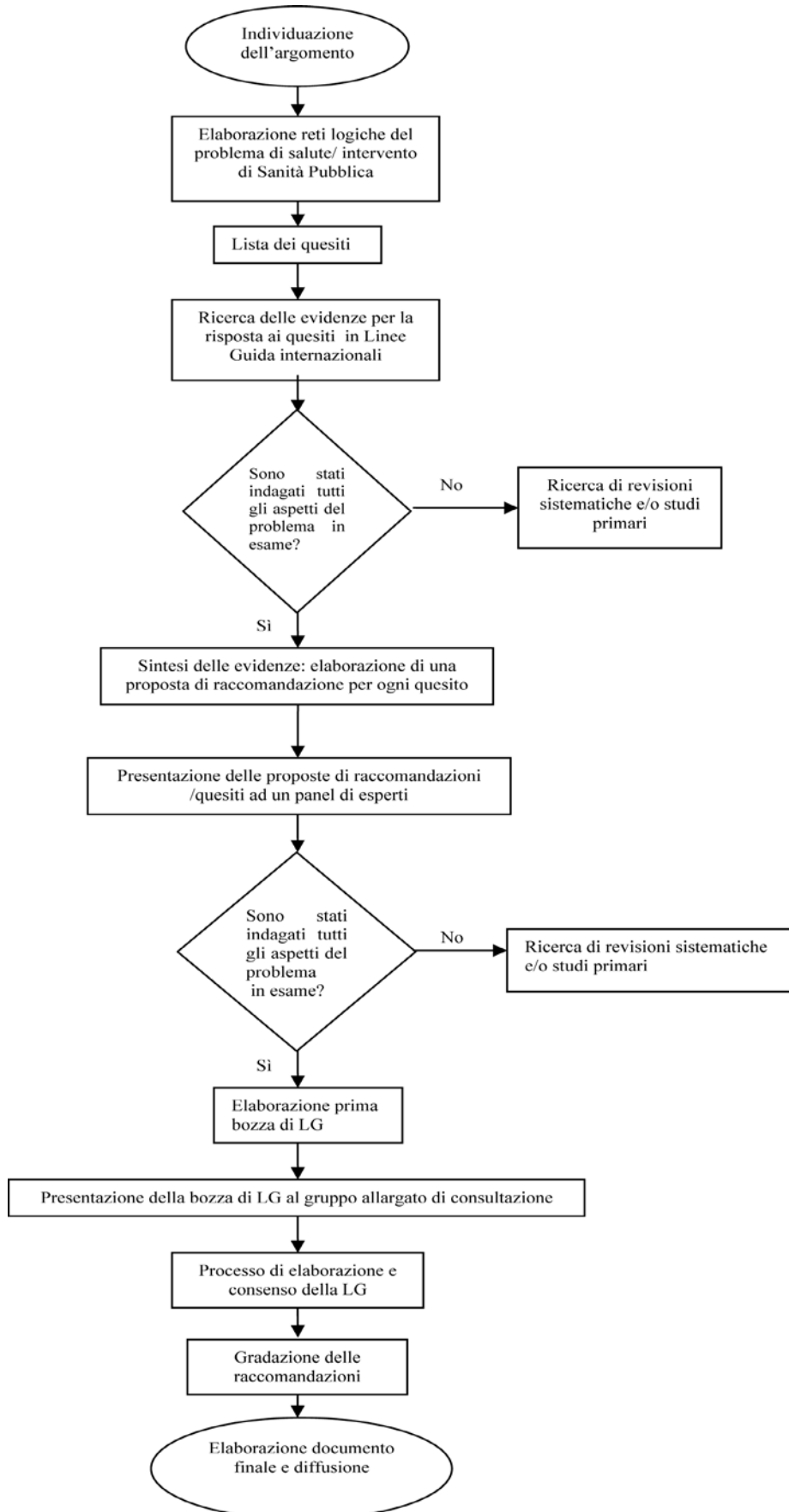


Figura 4. Flowchart per l'elaborazione di una Linea Guida di Sanità Pubblica – CREB-EBP

2.1 Fasi di costruzione della Linea Guida

La flowchart in Figura 4 riassume le tappe per l'elaborazione di una Linea Guida in Sanità Pubblica. Le tappe saranno analizzate in dettaglio nei paragrafi successivi.

2.2 Scelta dell'argomento e definizione degli obiettivi

Diversi sono i criteri che possono guidare la scelta dell'argomento che diventerà oggetto della LG³⁷.

Il più seguito a livello nazionale è quello *epidemiologico*, considerato il più trasparente e oggettivo; la scelta del tema da trattare è dettata dal peso della malattia o della situazione sanitaria, determinato dall'incidenza della condizione o delle sue complicanze, dalla disponibilità di interventi provatamente efficaci, capaci di ridurre la morbosità e mortalità, dalla incertezza del modo con cui affrontare il problema, testimoniata dall'ampia variabilità degli interventi e dei risultati di salute.

Svantaggio principale di tale metodo consiste nel non prendere in considerazione questioni complesse e multifattoriali con impatto sociale.

Il modello *della richiesta* dà maggior peso a problemi espressi dall'opinione pubblica; il difetto è quello di centrare l'attenzione su richieste possibilmente transitorie, che scaturiscono spesso dall'influenza esercitata dai mezzi di comunicazione di massa.

Il modello *della disponibilità di prove di efficacia* dà la priorità a temi per i quali sono disponibili studi e dati che hanno valutato l'efficacia degli effetti di interventi proposti. Rischia di ancorare la produzione di LG alle conoscenze esistenti.

Il modello *economico* prevede la valutazione del rapporto costo-opportunità derivante dall'adozione di certi interventi e dalla esclusione di opportunità alternative.

Per stimare indicatori capaci di valutare l'importanza del tema e gli effetti degli interventi applicati è necessario raccogliere dati rilevati in modo routinario e "ad hoc" circa fattori demografici e socio-economici, stato di salute e determinanti di salute e interventi di prevenzione e cura.

2.3 Individuazione dei destinatari della Linea Guida

Le raccomandazioni in Sanità Pubblica sono rivolte ad attori diversi: operatori sanitari e non che attuano i programmi sul campo, amministratori che scelgono gli obiettivi e orientano le risorse, decisori politici che vengono chiamati a pronunciarsi su strategie di salute e tutela dei cittadini, rappresentanti della società civile, cioè dei soggetti che subiscono l'intervento, che

³⁷ Cfr. nota 21

possono farsi carico della promozione di certi impegni e carichi o di esercitare pressioni sulle sedi di potere politico e amministrativo per la protezione del benessere collettivo. E' presupposto fondamentale di una Linea Guida che essa sia prodotta avendo ben chiaro chi sono i destinatari delle raccomandazioni.

2.4 Selezione e formalizzazione del gruppo di coordinamento, del panel e del gruppo di consultazione e definizione delle modalità di lavoro

Una volta definito l'argomento, viene individuato il "**gruppo di coordinamento**", che deve comprendere uno o più esperti nella costruzione di Linee Guida, nell'esecuzione di revisioni sistematiche, nelle valutazioni critiche di letteratura, e almeno una persona con competenze organizzative. Il Gruppo di coordinamento avrà compiti operativi e organizzativi, come la ricerca e la sintesi delle prove di efficacia, la preparazione della bozza dei documenti, la supervisione complessiva del progetto.

Spetta al gruppo di coordinamento di individuare i componenti del "**panel di esperti**", in cui dovranno essere rappresentate tutte le figure professionali coinvolte a vario titolo nella gestione diretta del problema in esame e del "**gruppo di consultazione allargato**", che sarà rappresentativo delle realtà delle regioni e rappresenta gli interessi e i punti di vista sia degli operatori sia della popolazione.

Il panel di esperti, che per consentire una corretta dinamica del gruppo dovrebbe essere composto da circa una decina di professionisti, include tecnici competenti degli argomenti trattati dalla LG, arricchisce la lista dei quesiti con problemi derivanti dalla pratica, supervisiona il recupero delle evidenze scientifiche, elabora insieme al gruppo di coordinamento i quesiti e coordina la consultazione del un gruppo allargato

Una volta raggiunto un accordo unanime viene prodotta una bozza di LG, da sottoporre all'approvazione del gruppo di consultazione allargato, che avrà i compiti di revisionare il documento, in particolare negli aspetti organizzativi, di aggiungere quesiti eventualmente mancanti alla lista iniziale, di raggiungere il consenso e di partecipare al processo di disseminazione; i suoi componenti saranno i principali riferimenti del percorso di implementazione della Linea Guida a livello regionale. I cittadini, attraverso loro rappresentanti o loro associazioni devono essere coinvolti direttamente: un loro contributo è di fondamentale importanza e un loro coinvolgimento permette di raccogliere un'esigenza di maggiore partecipazione e di trasparenza che viene sempre più chiaramente rivolta ai Sistemi Sanitari.

2.5 Elaborazione delle reti logiche e lista quesiti

Dopo aver stabilito lo scopo ed i destinatari della LG, il passo successivo consiste nel definire i quesiti a cui la Linea Guida si propone di rispondere con raccomandazioni.

Nella pratica della Evidence Based Prevention, si deve essere capaci di formulare adeguati quesiti di Sanità Pubblica che, oltre ad affrontare argomenti di interesse per la collettività, siano posti in maniera da consentire una ricerca adeguata della letteratura scientifica e grigia.

Condizione necessaria per poter formulare correttamente il quesito è identificare il modello logico (“**logical framework**”), ossia compiere quella che viene definita l’analisi logica dell’oggetto di valutazione.

La Guide to Community Preventive Services utilizza un “logical framework” per illustrare gli ampi collegamenti tra i determinanti sociali, ambientali e biologici, i potenziali interventi e gli outcome. Serve a dimostrare la relazione esistente tra particolari interventi e gli outcome relativi.

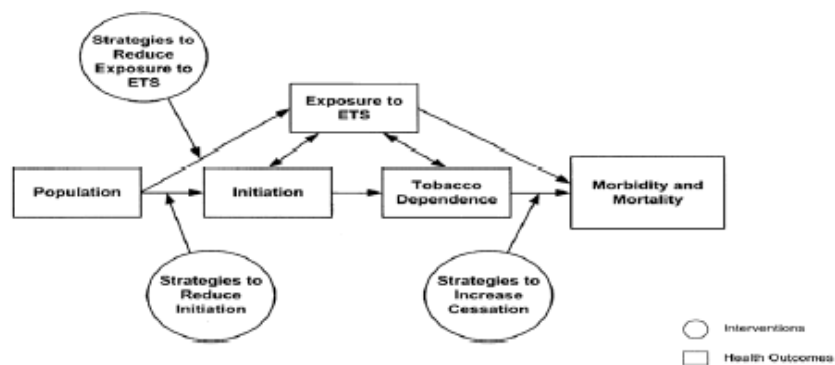


Figura 5. Esempio di approccio per lo sviluppo di un modello logico per la prevenzione del fumo di tabacco³⁸

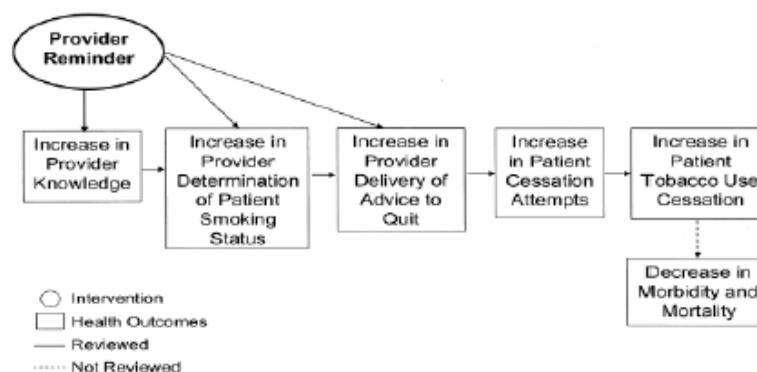


Figura 6. Esempio di modello logico illustrante le relazioni tra uno dei tanti interventi utilizzati nelle strategie per la lotta alla cessazione del fumo di tabacco³⁹

38 Task Force on Community Preventive Services. The Guide to Community Preventive Services. What Works to Promote Health? Part III. Methodological background. Jan 2005 (<http://www.thecommunityguide.org/methods/methods.pdf> , accesso 27/07/2009)

39 Cfr. nota precedente

Identificare il modello logico significa definire il problema da affrontare, individuare tutti gli aspetti del problema in esame e le possibili soluzioni. Per far questo può essere utile una ricerca preliminare della letteratura che consenta di ottenere una visione d'insieme del problema, di definire le aree principali in modo da avere un'idea del volume di letteratura disponibile. Questo include una ricerca delle Linee Guida esistenti o in process pubblicate dalle varie agenzie⁴⁰.

I Programmi di Sanità Pubblica (PSP)⁴¹ sono quasi tutti regolati da leggi e norme di vario livello spesso complesse, che normalmente raccolgono le istanze che emergono dalla società civile o da gruppi di pressione. L'analisi logica inizia con un'approfondita analisi dei determinanti (basi storiche, epidemiologiche, culturali e sociali su cui si fonda il PSP stesso) posta all'inizio del diagramma di flusso, che hanno portato all'organizzazione del PSP così come lo stiamo valutando. Da questo si scompone il PSP, secondo uno schema a blocchi composto da singole fasi che rappresentano ciascuna una singola unità di analisi da cui scaturiscono una o più azioni (atti medici, visite, ispezioni, informazione, formazione..) ad ognuna della quale corrisponde un outcome di salute misurabile.

Il primo passo è quello di stabilire se esiste *coerenza logica tra fasi e conseguenti azioni* del PSP e preteso obiettivo di salute finale. Questa attenzione deriva dall'esperienza di valutazione di **PSP già in atto**, per i quali la mancanza di coerenza logica può dipendere da vari fattori.

Può accadere che il problema di salute da affrontare non sia più attuale. Questo è il caso della selezione dei giovani da avviare al lavoro in settori "non a rischio" attraverso visite mediche, che, per esempio, aveva un significato completamente differente in un quadro di diffusione dell'infezione tubercolare in era preantibiotica.

Altre volte può succedere che il problema di salute venga affrontato da una normativa in contrasto con altre che si occupano dello stesso problema. E' il subentrare di una normativa che non abroga la precedente a creare situazioni assurde come doppie certificazioni o

40 Methods for the development of NICE public health guidance (second edition), 2009

<http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf> [Accesso 27/07/2009]

41 Il termine "programma" è qui usato secondo la definizione enunciata nel rapporto "Framework per la valutazione dei programmi nella sanità pubblica", traduzione italiana del Framework for Program Evaluation in Public Health, pubblicato su MMWR 1999;48 (No. RR-11). Con tale termine intendiamo quindi descrivere "l'oggetto della valutazione, il quale coincide con ogni azione organizzata di sanità pubblica. Questa definizione è deliberatamente ampia poiché il framework può essere applicato a quasi ogni attività organizzata di sanità pubblica, inclusi interventi che consistono di servizi direttamente gestiti, sforzi di mobilitazione della comunità, attività di ricerca, sistemi di sorveglianza, azioni di sviluppo di politiche sanitarie, investigazione di focolai epidemici, diagnostica di laboratorio, campagne di comunicazione, progetti di costruzione di infrastrutture, servizi di training, aggiornamento ed educativi, e sistemi amministrativi". (Il documento cui facciamo riferimento è disponibile al sito <http://www.epicentro.iss.it/ebp/valutazione.asp>)

certificazioni contraddittorie (vedi la “sana e robusta costituzione” che è vietato chiedere ai “non sani e non robusti”)^{42,43}.

Esiste poi la possibilità che la normativa sia superata da altre che affrontano lo stesso problema, eventualmente con maggiore efficacia. Questo è il caso per esempio dell’ “obbligo della presenza del medico scolastico, come responsabile del controllo dello stato di salute dello scolaro” dalla cui norma sono ingenerate le procedure di visita individuale di scolari e studenti, visite che hanno perso di significato e interesse se si tiene conto della figura e delle attività del pediatra di libera scelta, introdotto a partire dal 1978, con l’istituzione del servizio sanitario nazionale.

Ulteriore motivo può essere la mancanza di coerenza tra obiettivi di salute perseguiti e metodi impiegati. Esemplicativo è il certificato sanitario per l’impiego dei gas tossici, che stabiliva che per ottenere il certificato di idoneità all’esecuzione delle operazioni relative all’impiego di gas tossici è necessario corredare la relativa istanza di un certificato medico dal quale risulti che il richiedente non sia affetto da malattie psichiche o fisiche, non presenti segni di intossicazione alcolica o da stupefacenti, non abbia problemi olfattori, visivi o uditivi. Con la legge 626/1994, l’affidamento al medico competente di tutte le attività sanitarie per la tutela della sicurezza nei luoghi di lavoro ha di fatto superato l’impostazione di carattere autorizzativo scelta per questo come per altri certificati.

Nel caso di **PSP che invece dovrebbero essere introdotti**, una volta superata questa prima fase di analisi logica è importante anche valutare l’applicabilità del programma che deve essere promosso, ossia fare quella che viene definita “analisi costi-benefici”.

Se il PSP non supera la fase di analisi logica, ossia non esiste coerenza logica tra azione ed outcome o se vengono meno i presupposti storici ed epidemiologici, è verosimile affermare che il PSP è inefficace.

Se invece le condizioni che hanno portato alla strutturazione del PSP sono ancora attuali o se esiste coerenza tra azioni ed outcome allora si prosegue verso la fase successiva che consiste nella valutazione delle prove di efficacia.

42 A impiegati civili e militari dello Stato, a persone che devono iscriversi “al corso superiore dell’istituto magistrale”, per “l’ammissione alle scuole con vitto professionale per infermiere”, a personale della Corte dei Conti, a impiegati di Comuni, Province e Consorzi, a ufficiali esattoriali viene richiesto un certificato medico attestante la sana e robusta costituzione e l’idoneità psico-fisica all’impiego.

43 L. 5/2/1992 n. 104 “Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”

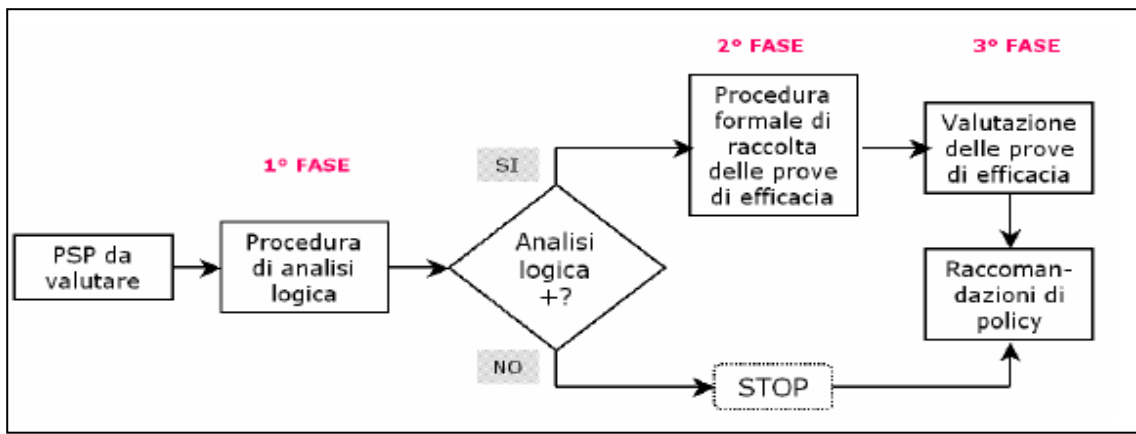


Figura 7. Logical framework per la valutazione di un Programma di Sanità Pubblica (PSP)⁴⁴

La seconda fase di valutazione di efficacia, una volta superata la fase di analisi logica, prevede l'approfondimento svolto sulle singole unità semplici analizzate nella prima fase ed ha lo scopo di raccogliere prove di efficacia o inefficacia, a carico di ciascuna porzione del PSP. In pratica si tratta di mettere sul tavolo in una rappresentazione grafica l'intero problema (diagramma di flusso). Una buona rappresentazione deve essere un compromesso tra la semplicità e la completezza. Deve essere di semplice lettura ma anche catturarne tutti gli aspetti e possedere il necessario rigore metodologico. Il modello logico, nella nostra esperienza, presenta quindi la sequenza di determinanti (ciò che ha indotto o tuttora induce ad adottare o mantenere un PSP), azioni (svolte dai diversi operatori ma anche altri soggetti che intervengono sulle diverse fasi) per arrivare ai risultati del programma misurati attraverso indicatori di processo (output relativi alle diverse fasi) e di risultato (outcome di salute perseguito dal PSP).

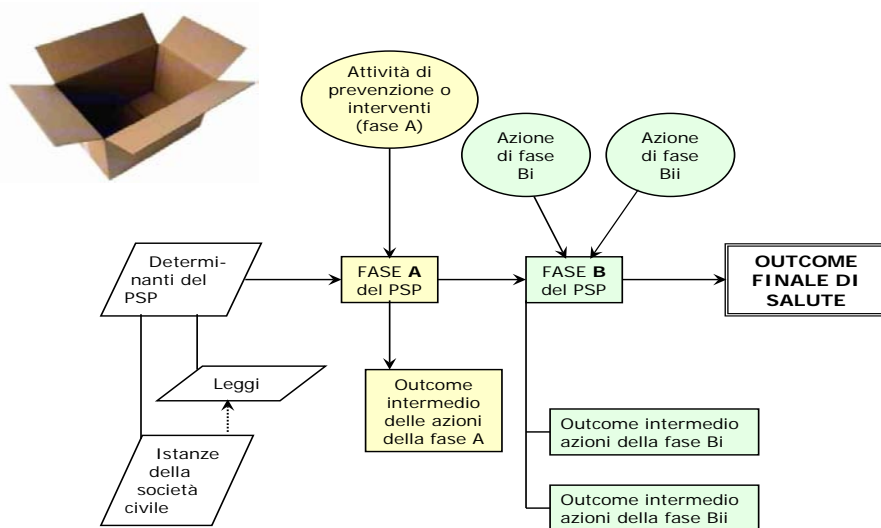


Figura 8. L'apertura della "black box" di un PSP secondo la metodologia EBP⁴⁵

44 Cfr. nota 5

Una volta chiarito il quadro logico del PSP siamo in grado di formulare correttamente i quesiti ai quali la Linea Guida si propone di rispondere.

Caratteristica che i quesiti devono avere è la chiarezza. Essi dovrebbero definire in modo inequivocabile i limiti dell'argomento della LG⁴⁶.

I quesiti possono essere suddivisi in “**background questions**”, quando vengono formulati nelle situazioni in cui l'argomento è poco o per nulla conosciuto, ad esempio perché estraneo al proprio settore professionale/specialistico, e in “**foreground questions**”, quando sono formulati dal professionista esperto dell'argomento.

Dal grado di conoscenza dell'argomento dipende anche la tempistica con cui i quesiti vengono formulati rispetto al logical framework.

Solitamente i quesiti, sviluppati *dal gruppo di coordinamento*, dovrebbero essere affinati e condivisi da tutti i membri del gruppo.

Nel caso in cui il gruppo di coordinamento contenga al suo interno **esperti** con conoscenze approfondite sull'argomento oggetto della LG, è immediato passare direttamente alla formulazione del quesito ricercando in un momento successivo la letteratura esistente, in modo da avere risposte basate su evidenze scientifiche per ogni singolo quesito.

Nel caso in cui la **conoscenza** tra i membri del gruppo di coordinamento sull'argomento sia **generica e non specifica** è preferibile eseguire dapprima una ricerca rapida della letteratura, in modo da inquadrare bene il problema e vagliare tutte le possibili soluzioni, effettuare in seguito la strutturazione del logical framework e la formulazione dei quesiti.

Questa prima fase di ricerca della letteratura a scopo “esplorativo”, che permette di poter formulare i quesiti, prevede in primis la consultazione delle Linee Guida prodotte a livello internazionale. Si ricorrerà alla consultazione delle revisioni sistematiche e in alcuni casi anche degli studi primari qualora o le Linee Guida prodotte sull'argomento siano poco numerose o addirittura assenti o se sia ragionevole ritenere che nelle Linee Guida siano stati tralasciati aspetti importanti o nel caso in cui si voglia fare un aggiornamento di una LG, quando questa non sia stata prodotta recentemente.

Nel caso della LG lotta alla sedentarietà la letteratura scientifica prodotta è molto numerosa e in questo caso la ricerca di letteratura ha portato all'individuazione di 14 LG pertinenti, dunque soddisfacenti i criteri di inclusione stabiliti. I quesiti in questo caso sono stati formulati dalle sole LG perché, vista la loro numerosità e considerando che molte di queste

45 Gruppo per la Evidence-Based Prevention- Agenzia Regionale di Sanità della Toscana. Corso di autoformazione EBP. Versione 1.0 luglio 2008

46 Cfr. nota 40

sono state prodotte recentemente, si è ritenuto che le LG da sole fossero in grado di esplorare tutti gli aspetti del PSP “lotta alla sedentarietà”. In altri casi invece è ragionevole ricorrere alla ricerca di revisioni di letteratura o studi primari.

Una volta formulati, i quesiti vengono sottoposti al panel di esperti, che valuta se i quesiti prendono in considerazione tutti gli aspetti di quel PSP: nel caso in cui importanti aspetti non siano stati analizzati, il gruppo di coordinamento provvederà ad effettuare una nuova ricerca della letteratura ristrutturando il logical framework ed aggiungendo nuovi quesiti. Il fatto che il panel sia composto da figure professionali differenti assicura che vengano identificati i quesiti nel modo corretto e che possa essere condotta in modo efficace una revisione sistematica di letteratura. Spesso i quesiti principali necessitano di essere ridefiniti nuovamente dopo che è stata condotta la ricerca di letteratura e in questo modo si possono generare sottoquesiti.

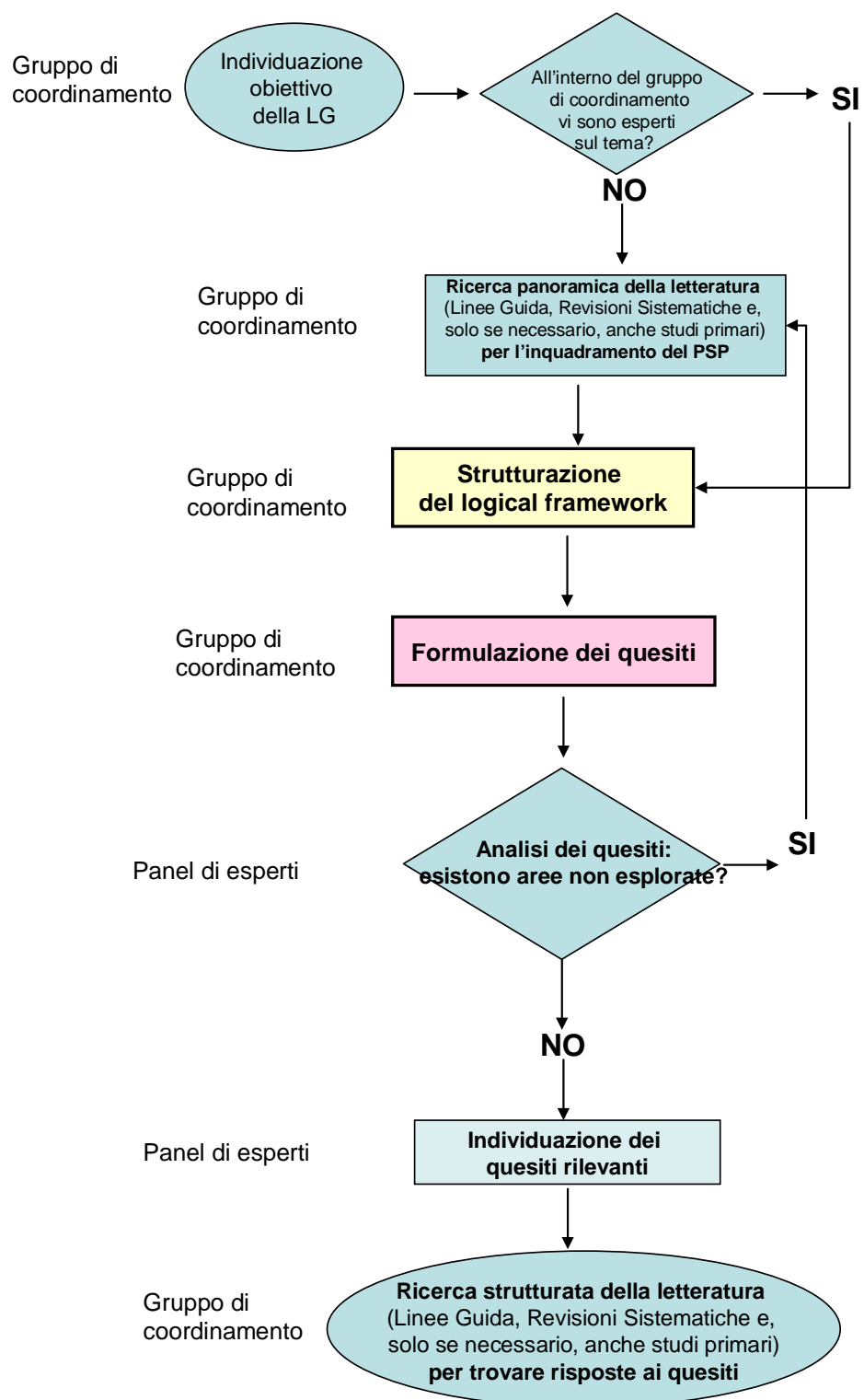


Figura 9. Processo per la corretta formulazione dei quesiti

I quesiti hanno un duplice scopo: da un lato servono come punto di partenza per la revisione sistematica di letteratura, dall'altro come guida per facilitare lo sviluppo delle raccomandazioni dal panel di esperti.

Il numero di quesiti a cui una Linea Guida dovrebbe rispondere non è codificabile; dipende comunque dall'argomento della LG, dall'esistenza o meno di altre Linee Guida sullo stesso argomento, dall'ampiezza dell'argomento. E' importante assicurarsi che il numero totale di quesiti sia ben gestibile dal gruppo di coordinamento e dal panel, appropriato per il budget assegnato.

I quesiti dovrebbero coprire tutte le aree che fanno parte dello scopo della LG, senza aggiungere ulteriori aspetti; dovrebbero fornire dettagli ulteriori allo scopo della LG. Inoltre i quesiti dovrebbero occuparsi di efficacia (effectiveness), costo-efficacia, fattibilità e accettabilità.

2.5.1 Il modello PICOT

Un approccio utile che consente di strutturare in modo corretto il quesito è il "PICOT framework", approccio mutuato dalla Cochrane Collaboration e in parte modificato per le peculiarità delle LG di Sanità Pubblica. In base a tale approccio ogni quesito dovrebbe al suo interno contenere almeno le seguenti componenti:

- **P: population.** Ogni quesito dovrebbe essere indirizzato ad una specifica popolazione target; sarebbe utile che fosse specificato la fascia d'età della popolazione, se quel quesito sia riferito in modo specifico a popolazioni di un paese particolare e se i componenti di quella popolazione sono soggetti sani, siano esposti a particolari fattori di rischio o siano affetti da patologie.
- **I: intervention.** Ogni quesito dovrebbe contenere al suo interno uno specifico intervento.
- **C: comparison.** Può essere importante sapere se rispetto all'intervento oggetto del nostro quesito ci siano interventi alternativi. In mancanza di interventi alternativi il confronto viene fatto rispetto al "non intervento". In Sanità Pubblica molto spesso il comparison è assente; infatti molti interventi vengono attuati in gruppo e confrontati con un gruppo di controllo al quale non viene proposto nessun tipo di intervento: più raramente si utilizzano due gruppi per ognuno dei quali viene proposto un intervento alternativo che abbia lo stesso outcome finale di salute. Se per esempio volessimo valutare l'efficacia di un intervento che abbia come outcome finale la promozione dell'attività fisica nei bambini in età scolare, potremmo proporre agli alunni della classe A l'intervento "Counselling sugli stili di vita", mentre alla classe B l'intervento "introdurre una ulteriore ora settimanale di

educazione fisica in orario scolastico”. In questo modo potremmo fare un confronto dell’efficacia fra i due diversi tipi di intervento.

- O: outcome. E’ importante che per ogni quesito sia espresso un outcome che non necessariamente corrisponde all’outcome della LG. Talvolta è possibile che si utilizzino dei proxy per valutare l’efficacia di un intervento, specie per quegli outcome che possono essere valutati solo dopo lungo periodo. Per esempio, nel caso di una LG che abbia come scopo la riduzione dell’obesità, è possibile che siano presenti diversi interventi che soddisfino tale outcome. Se per ipotesi si vuole valutare l’efficacia di un intervento di promozione dell’attività fisica, l’outcome intermedio potrebbe essere ad esempio il numero di nuovi soggetti che utilizzano i servizi sportivi, outcome valutabile in un periodo più breve rispetto all’outcome finale, che potrebbe invece consistere nella riduzione di patologie cardiovascolari, osteoarticolari, tumorali...
- T: type of study. Qual è, per il quesito che mi pongo, il tipo di studio più appropriato? Gli studi epidemiologici possono essere di diverso tipo e dal tipo dello studio dipende in parte anche la qualità dell’intervento associato.



Figura 10. La piramide degli studi.

Gli studi raccolti hanno gradi diversi di informatività in ragione del disegno dello studio: la gerarchia delle prove vede al gradino più basso gli editoriali e le lettere (opinioni), quindi gli studi osservazionali, quelli sperimentali (trial)

In base al disegno dello studio distinguiamo⁴⁷:

Randomized controlled trial: lo studio il cui disegno, per la valutazione dell’efficacia di un trattamento, prevede la presenza di un gruppo di controllo oltre a quello dei trattati e l’allocazione casuale dei singoli individui in uno dei due gruppi.

⁴⁷ Green S, Higgins J, editors. Glossary. Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions 4.2.5 [aggiornato a Maggio 2005]. <http://www.cochrane.org/resources/handbook/>[accesso 27.07.2009]

Cluster randomized trial: lo studio il cui disegno prevede l'allocazione casuale di unità organizzative o amministrative ad un gruppo di trattamento e ad uno di controllo. In esso l'assunzione di indipendenza fra le osservazioni è violata e bisogna tenerne conto nell'analisi. La valutazione viene invece effettuata a livello degli individui che compongono il gruppo.

In Sanità Pubblica, per problemi etici, ma anche e soprattutto per problemi pratici raramente vengono condotti come tipologia di studi gli Studi Randomizzati Controllati (RCT), considerati nella gerarchia degli studi epidemiologici il gold-standard.

Gli studi di popolazione prevalentemente effettuati in Sanità Pubblica sono rappresentati da studi di coorte, caso-controllo, confronto prima-dopo e trasversali.

Studio di coorte: uno studio osservazionale in cui un gruppo definito di soggetti (coorte) è seguito nel tempo fino alla comparsa di un certo outcome. La coorte è suddivisa in sottogruppi a seconda che i soggetti siano esposti o meno a una determinata variabile, o in base ai diversi livelli di esposizione. Gli outcome nei vari sottogruppi sono quindi paragonati, per valutare l'associazione tra la suddetta variabile e l'outcome.

Nello studio di coorte prospettico il reclutamento è nel presente, il follow-up nel futuro.; nello studio di coorte retrospettivo i soggetti invece vengono invece identificati grazie alla disponibilità di dati storici e sono seguiti fino al presente.

Poiché i soggetti non sono distribuiti dall'investigatore nei diversi gruppi di esposizione, è necessario aggiustare l'analisi per minimizzare l'eventuale azione di fattori confondenti.

Studio caso-controllo: lo studio il cui disegno prevede il confronto di soggetti per cui è stata fatta diagnosi di una specifica malattia o con uno specifico outcome di interesse (casi) con soggetti provenienti dalla stessa popolazione che non presentano la malattia o l'outcome oggetto di studio (controlli) cerca di trovare un'associazione tra l'outcome e l'esposizione pregressa a particolari fattori di rischio. Studi caso-controllo sono indicati quando l'outcome è raro e l'esposizione pregressa può essere valutata con facilità: i diversi fattori a cui sono stati esposti casi e controlli, raccolti solitamente retrospettivamente, possono spiegare l'eziologia della malattia in studio.

Confronto prima-dopo (studio before and after controllato o non controllato): lo studio di valutazione di efficacia di un intervento il cui disegno prevede una misurazione dell'outcome a livello di popolazione (ecologico) prima ed una dopo l'intervento. Il controllo è costituito da un gruppo in cui l'outcome viene misurato nello stesso tempo ma l'intervento non è applicato. I gruppi non sono casualmente determinati.

Studio trasversale (studio di prevalenza): lo studio che valuta la distribuzione di determinate caratteristiche nella popolazione in un dato momento nel tempo.

Altri tipi di studi comprendono:

Time series design: lo studio il cui disegno prevede misure molteplici dell'outcome prescelto, sia prima che dopo l'intervento, a livello di popolazione (ecologico). Gli interrupted time series si adattano particolarmente alla Sanità Pubblica, in cui molti eventi sono sottoposti a sorveglianza mediante raccolta sistematica di dati.

Con questo tipo di studi è possibile evidenziare l'effetto di andamenti "naturalisti" di fenomeni altrimenti non misurati negli studi before and after. Come questi ultimi, rappresentano la sola tipologia di studi praticabile per interventi ad ampio spettro sulla popolazione, che impediscono l'identificazione di gruppi di controllo.

Case series (serie di casi): lo studio che riporta le esperienze di un gruppo di soggetti, tutti sottoposti allo stesso intervento; non è previsto il gruppo di controllo

Case study (definito anche case history o single case report): lo studio che riporta le esperienze (in genere relativamente a malattie, reazioni avverse ai farmaci o a esposizioni particolari) di un singolo soggetto.

A queste caratteristiche che dovrebbero essere espresse in ogni quesito, non solo di Sanità Pubblica ma anche clinico, è utile per la stesura di una Linea Guida aggiungere anche il setting ed il/i destinatario/i del quesito stesso.

- **S: setting.** Si intende il contesto in cui viene praticato l'intervento. Nel caso di interventi di Sanità Pubblica il contesto risulta molto eterogeneo, dal momento che spesso gli interventi non si attuano solo in contesti sanitari, ad esempio in ambulatori medici, ma anche in setting "sociali" come le scuole o i luoghi di lavoro.
- **D: destinatari.** Sono coloro a cui sono rivolte le raccomandazioni che scaturiscono da un determinato quesito. In analogia con quanto detto a proposito del setting, anche per i destinatari, nel caso di raccomandazioni di Sanità Pubblica, non ci si limita ai professionisti sanitari (medici, infermieri, assistenti sanitarie, ecc..) ma spesso le raccomandazioni possono essere rivolte ai decisori di politiche sanitarie, ai responsabili della pianificazione urbanistica, architetti, dirigenti di strutture scolastiche, insegnanti, ecc..

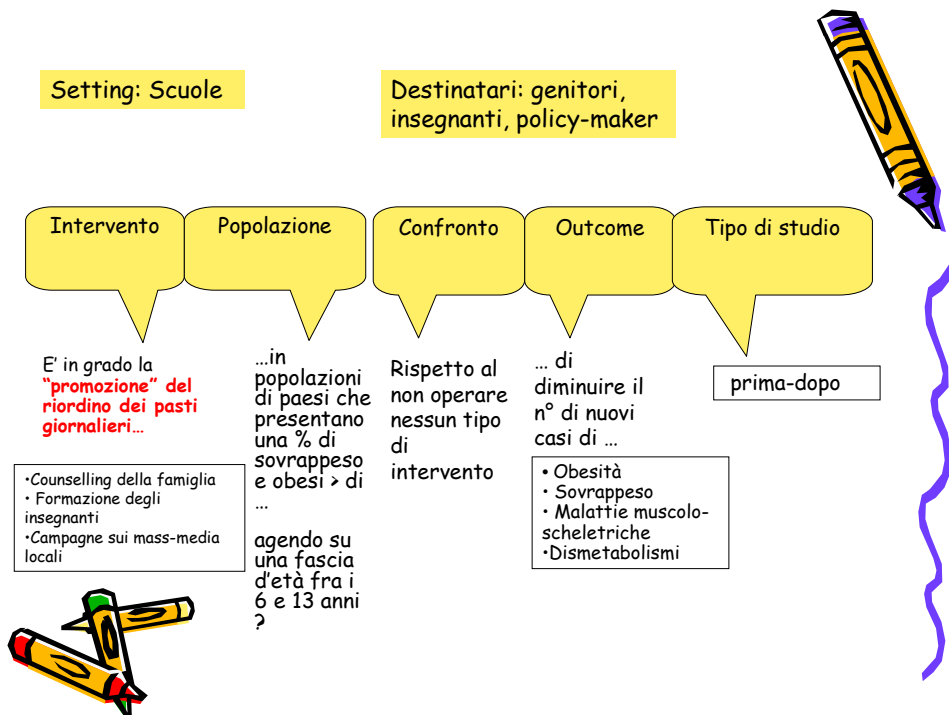
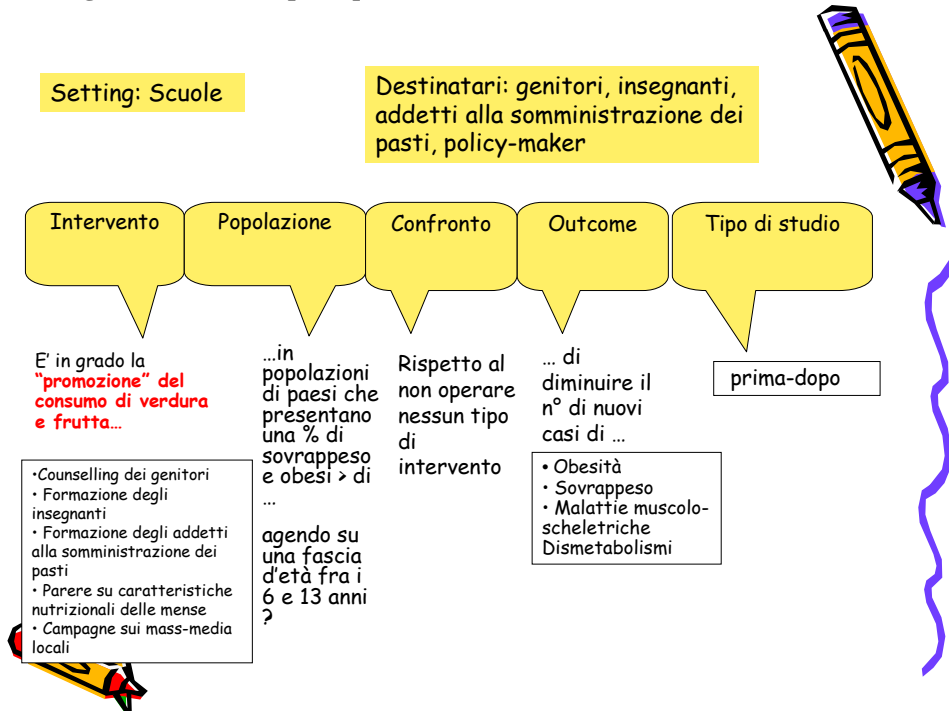
Di seguito vengono mostrati alcuni esempi di quesiti mal formulati, in quanto non contengono le caratteristiche sopraelencate, per poi arrivare al quesito formulato correttamente.

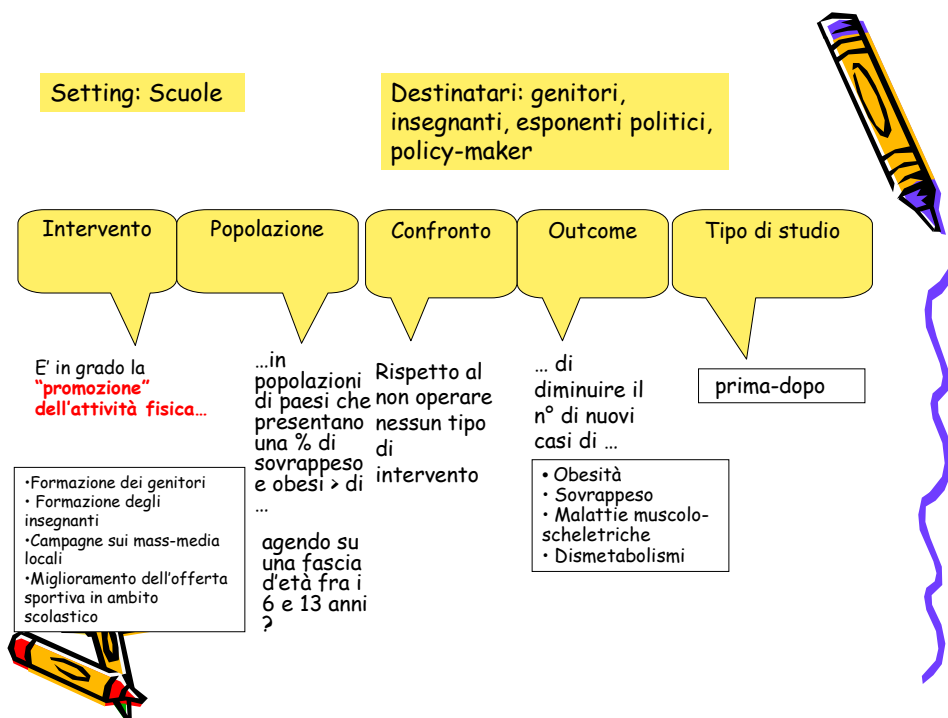
Se per esempio volessimo ricercare gli interventi per la prevenzione dell'obesità, il quesito "Quali sono gli interventi efficaci per prevenire l'obesità?" è sicuramente un quesito mal formulato, in quanto non specifica al suo interno la popolazione target, né il tipo di intervento, l'outcome o il gruppo di confronto.

Andando invece a definire il tipo di intervento, la popolazione target, il setting, ecc. potrebbero essere strutturati diversi quesiti, come:

- "E' in grado la promozione del consumo di frutta e verdura attraverso interventi come il counselling dei genitori, formazione degli insegnanti, formazione degli addetti alla somministrazione dei pasti, il parere sulle caratteristiche nutrizionali delle mense, le campagne sui mass-media di diminuire il numero di nuovi casi di soggetti sovrappeso agendo sulla fascia d'età 6-13 anni?"
- "E' in grado la promozione del riordino dei pasti giornalieri, attraverso il counselling sulla famiglia, la formazione degli insegnanti, le campagne sui mass-media locali di diminuire il numero di nuovi casi di soggetti sovrappeso agendo sulla fascia d'età 6-13 anni?"
- "E' in grado la promozione dell'attività fisica attraverso la formazione dei genitori, la formazione degli insegnanti, le campagne sui mass-media locali, il miglioramento dell'offerta sportiva a livello scolastico di diminuire il numero di nuovi casi di soggetti sovrappeso agendo sulla fascia d'età 6-13 anni?"

Figura 11. Tre esempi di quesiti correttamente formulati secondo il PICOT





La formulazione accurata del quesito è fondamentale per poter rispondere appropriatamente con il necessario rigore scientifico. Infatti domande generiche lasciano troppo spazio alle opinioni e conoscenze già acquisite e agli interessi particolari del rispondente.

Inoltre formulando la domanda accuratamente, specificando i termini del tipo di intervento, esito, popolazione dello studio e caratteristiche specifiche di interesse si restringe la discrezionalità di chi risponde portandolo ad una risposta che deve necessariamente essere fondata piuttosto su dati oggettivi.

Da ogni quesito avrà origine una raccomandazione, che dovrà portare con sé quanto emerso dalla letteratura consultata e/o dal consenso degli esperti. Inoltre per ogni raccomandazione andrà ricercato se ci sia un grading e in caso affermativo la sua tipologia ed il suo valore (per es. raccomandazione con grading IB tipologia..).

In questo modo sarà possibile sottoporre al panel di esperti tutte le raccomandazioni ottenute dalla ricerca di letteratura, accompagnati dalle caratteristiche viste sopra (popolazione, intervento, gruppo di confronto, out come, tipologia di studio, setting, destinatari, raccomandazione tratta da letteratura scientifica o da consenso, grading). Il compito principale del panel consiste inizialmente nel valutare tra tutti i quesiti proposti quelli che, dopo confronto e condivisione all'interno del gruppo, vengano ritenuti interventi **rilevanti**, in quanto **applicabili** al contesto locale. Oltre a questo, altro compito del panel consiste nel formulare le **priorità** fra i quesiti proposti. Infatti nel caso in cui i quesiti siano numerosi, necessariamente devono essere stabiliti quali interventi siano ritenuti prioritari, in modo che,

almeno nella fase iniziale, sia focalizzata su questi ultimi la ricerca di letteratura di tipo sistematico che ci permetta di dare risposte ai quesiti.

2.6 Ricerca delle prove di efficacia per la risposta ai quesiti e valutazione della loro qualità

2.6.1 Le banche dati delle Linee Guida

A partire dai quesiti elaborati viene effettuata la ricerca delle prove di efficacia disponibili. Anche per l'operatore sanitario che vuole mantenersi aggiornato è impossibile seguire tutti i numerosi articoli che vengono pubblicati ogni anno su ogni specifico quesito. Ci si focalizza perciò in un primo momento sulla ricerca delle Linee Guida già pubblicate sull'argomento:

I principali database per la ricerca di Linee Guida sono riportati in Tabella 4.

Data base	Ente	Indirizzo web	Consultazione
Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ)	U.S. Department of Health and Human Services	http://www.ahrq.gov	Gratuita
National Library of Guidelines	NICE- NHS	http://www.library.nhs.uk/GUIDELINESFINDER/	Gratuita
National Guideline Clearinghouse (NGC)	Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ), U.S. Department of Health and Human Services.	http://www.guideline.gov/	Gratuita
CMA infobase	Canadian Medical Association	http://www.cma.ca/cpgs	Gratuita
Guidelines Library	The New Zealand Guidelines Group	http://www.nzgg.org.nz/	Gratuita
Clinical Practice Guidelines	The Australian National Health and Medical Research Council	http://www.nhmrc.gov.au/publications/subjects/clinical.htm	Gratuita
Guideline International Network	Associazione di organizzazioni internazionali	http://www.g-i-n.net/	Richiede la sottoscrizione
Scottish Intercollegiate Guidelines Network	NHS Scotland	http://www.sign.ac.uk/	Gratuita

HAS	Haute Autorité de Santé	http://www.has-sante.fr/portail/jcms/j_5/accueil	Gratuita
NIHR-HTA - Health Technology Assessment Programme	National Institute for Health Research (UK)	http://www.nchta.org/	Gratuita
SNLG	Istituto Superiore di Sanità	http://www.snlg-iss.it/	Gratuita

Tabella 4. Principali database per la ricerca di Linee Guida in ambito sanitario

La disamina delle Linee Guida deve essere portata avanti in parallelo da parte di almeno due ricercatori che verificano la congruità degli argomenti trattati ed eseguono successivamente la valutazione di quelle ritenute pertinenti.

Nell'ambito di Sanità Pubblica la produzione di Linee Guida non è molto abbondante: può pertanto risultare necessario accedere ad altre fonti.

2.6.2 Le banche dati delle revisioni sistematiche

Le revisioni sistematiche riassumono i dati provenienti da studi primari di ricerca; secondo la definizione della Cochrane Collaboration, una revisione sistematica⁴⁸ “è una revisione di quesiti ben formulati che utilizza una metodologia sistematica ed esplicita per identificare, selezionare e valutare criticamente le informazioni relative alla efficacia degli interventi sanitari, in cui sono raccolti e analizzati i dati provenienti dagli studi primari inclusi nella stessa”. Per riassumere i risultati degli studi inclusi nelle revisioni ci si può avvalere di analisi statistiche; in tal caso la revisione si conclude con una metanalisi.

Gli scopi di una revisione sistematica sono quelli di rispondere ad uno specifico quesito relativo all'efficacia di trattamenti o interventi sanitari, sintetizzare oggettivamente le prove di efficacia ottenute dagli studi primari; ridurre i bias di selezione e inclusione degli studi (talvolta i ricercatori hanno poco interesse nel pubblicare i risultati degli studi qualora siano negativi) e valutare la qualità e la coerenza degli studi inclusi. Le revisioni sistematiche sono inoltre un valido strumento per l'identificazione di quelle aree in cui sono necessarie ulteriori

⁴⁸Cfr. nota precedente

ricerche^{49,50}. La “formula” della Cochrane Collaboration per la conduzione di revisione sistematiche consiste schematicamente nella formulazione di un quesito, nella ricerca delle evidenze scientifiche, nella valutazione delle stesse, nella estrazione delle informazioni e nella sintesi e nella disseminazione delle prove di efficacia (Figura 12)⁵¹.

49 Petticrew M. Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. *BMJ* 2001;322:98-101

50 Briss PA, Brownson RC, Fielding JE, Zaza S. Developing and using the guide to community Preventive Services: lessons learned about evidence-based Public Health *Annu Rev Public Health* 2004;25:281-302

51 Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2 [aggiornato a Settembre 2009]. The Cochrane Collaboration, 2008. Disponibile al sito www.cochrane-handbook.org [accesso 27.07.2009]

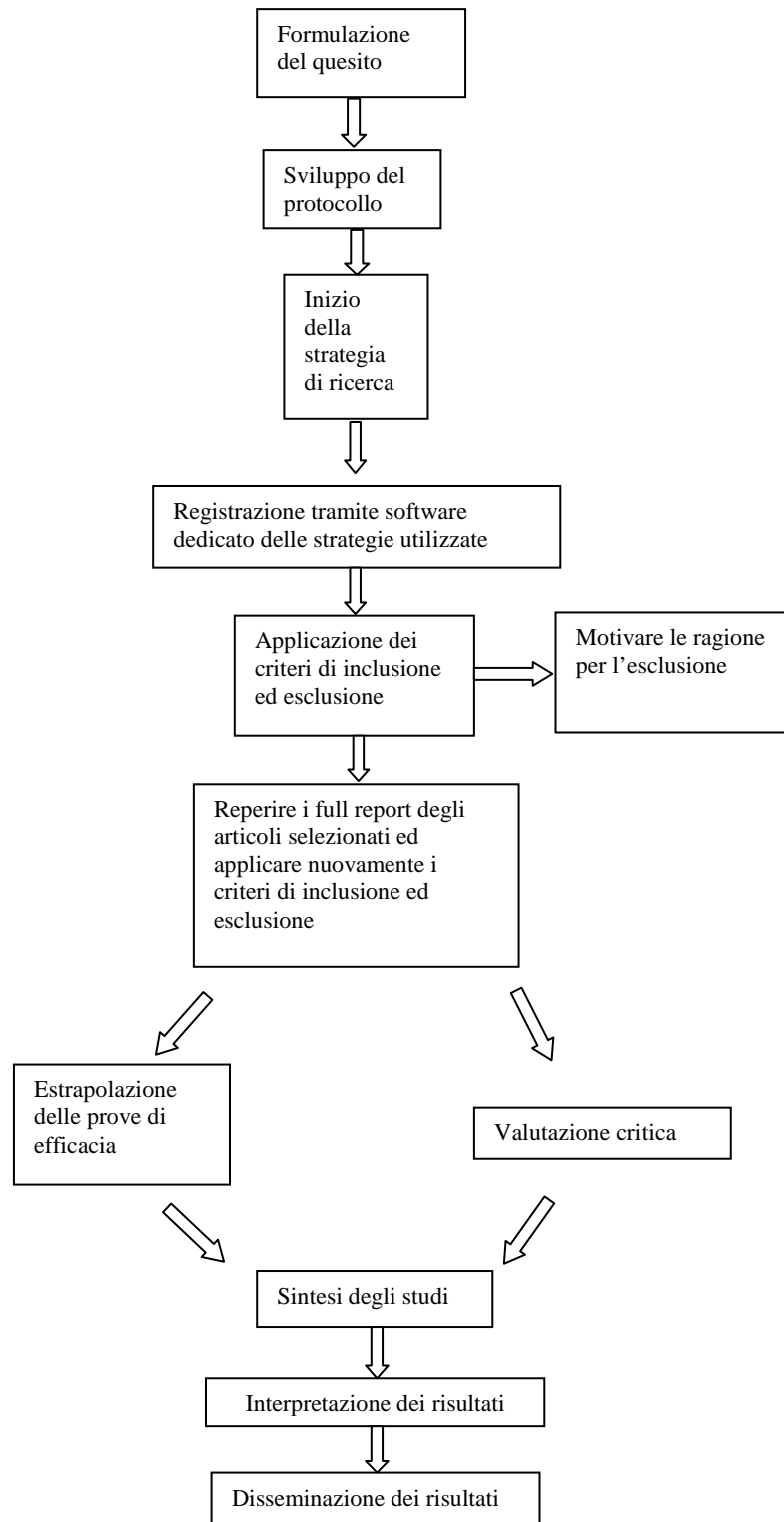


Figura 12. Flow chart per la produzione di una revisione sistematica secondo il metodo sviluppato dalla Cochrane Collaboration

2.6.2.1 L'approccio realistico per la valutazione degli interventi complessi

Molto recente è lo sviluppo di un nuovo approccio per la conduzione di revisioni sistematiche di interventi di Sanità Pubblica: l'approccio cosiddetto "realistico"⁵². Un intervento può avere successo se attuato in un certo contesto, ma risultare fallimentare quando attuato in un altro, questo perché il contesto influenza e limita le scelte individuali in maniera sostanziale. Interventi di Sanità Pubblica sono stati anche definiti "Interventi Complessi" ("Complex Health Interventions")^{53,54,55}.

Il Medical Research Council britannico (MRC) ha definito interventi complessi quegli interventi che risultano dalla interazione di numerose componenti, in cui giocano un ruolo fondamentale i comportamenti messi in atto sia da coloro che somministrano l'intervento che da coloro che beneficiano dell'intervento. La complessità degli interventi in Sanità Pubblica deriva dal fatto che diverse sono le popolazioni oggetto dell'intervento, gli outcome sono spesso numerosi e richiedono molto tempo per essere misurati, il disegno dello studio varia di volta in volta secondo la tipologia dell'intervento adottato e il contesto gioca un ruolo fondamentale nel determinare il disegno, l'implementazione e l'efficacia dell'intervento⁵⁶. Inoltre è necessario sottolineare che, proprio per l'importante ruolo giocato dai comportamenti umani, le interazioni tra gli elementi di cui si compongono gli interventi di Sanità Pubblica non avvengono mai in maniera deterministica. Nel 2008 è stato aggiornato il modello per il disegno e la valutazione di interventi di Sanità Pubblica sviluppato nel 2000 dal MRC, inizialmente accostato alle fasi di produzione dei farmaci⁵⁷. In base all'esperienza accumulata nel frattempo, è risultato evidente che la sequenza delle fasi del modello non segue un andamento lineare e neppure ciclico. Piuttosto le varie fasi possono essere meglio descritte attraverso la rappresentazione grafica di Figura 13⁵⁸.

52 Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review- a new method for systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. Vol 10 Suppl 1 July 2005

53 Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;32:694-6

54 Craig P, Dieppe P, Macintyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. *BMJ* 2008;337:979-983

55 Shepperd S, Lewin S, Straus S, Clarke M, Eccles MP, Fitzpatrick R, Wong G, Sheikh A. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Med* 2009;6(8):e1000086. doi:10.1371/journal.pmed.1000086

56 Jackson N, Waters E, for the Guidelines for Systematic Reviews of Health Promotion and Public Health Interventions Taskforce. Guidelines for Cochrane systematic reviews of public health interventions. *Health Promotion International* 2005;20(4):367-74

57 Cfr. nota 53

58 Cfr. nota 54

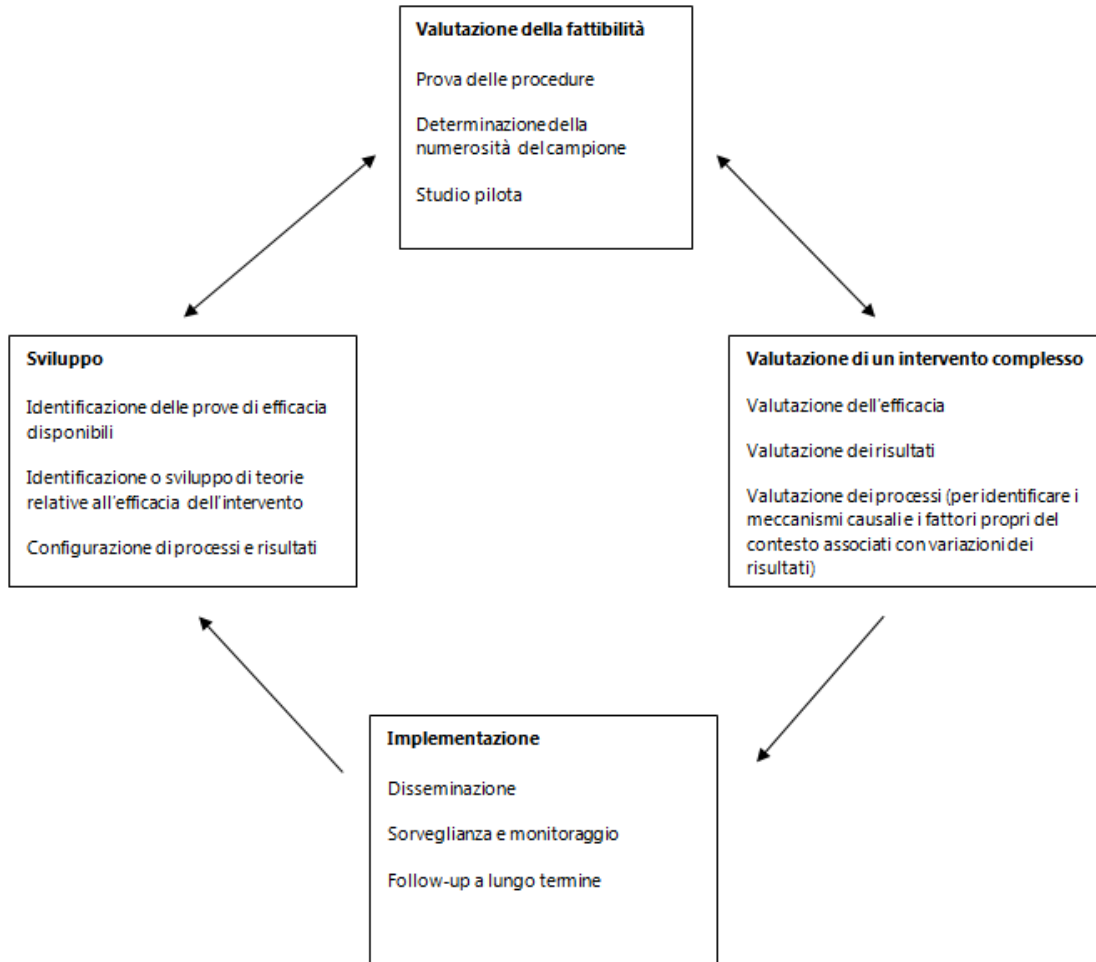


Figura 13. Principali fasi di sviluppo e valutazione di interventi complessi

Con l'utilizzo dell'approccio "realistico" nella conduzione di revisioni sistematiche per la valutazione di interventi di Sanità Pubblica, invece di cercare di trovare una risposta alla domanda "l'intervento funziona?", si intende rispondere alle domande: "Come", "Perché", "In quali circostanze", "Per chi" e "In che misura l'intervento funziona"? La classica formula della Cochrane Collaboration serve sempre come punto di partenza per lo sviluppo di "revisioni realistiche", ma sono previsti ulteriori sotto-stadi (Appendice 2), in quanto gli interventi vengono scomposti nelle teorie sottostanti e più che procedere per passi sequenziali, il processo si compone di fasi che possono sovrapporsi e ripetersi in modo ricorsivo. Lo stadio della ricerca delle prove determina ad esempio la riformulazione più raffinata del quesito e viceversa, così come la valutazione della qualità delle prove si integra con la sintesi delle stesse.

2.6.2.2 Le revisioni rapide

Per raccogliere, analizzare, interpretare e riassumere i risultati in una revisione sistematica tradizionale, è necessario disporre di una notevole quantità di tempo, pertanto la necessità di trarre conclusioni circa l'efficacia dei nuovi interventi in ambito sanitario attraverso la produzione di questo tipo di documenti può essere di difficile esecuzione in alcuni casi: per tale motivo, sulla spinta dei decisori del servizio sanitario nazionale e dei responsabili politici, spesso sopraffatti dal volume di informazioni da passare al vaglio⁵⁹, è in aumento la produzione di cosiddette "Revisioni Rapide" da parte di chi si occupa di Health Technology Assessment. Al momento attuale non vi è accordo sulla metodologia da utilizzare per la realizzazione di questo tipo di documento, ma in linea di massima possiamo affermare che il metodo è paragonabile a quello adottato per la produzione di revisioni sistematiche tradizionali; il tempo necessario per la produzione di una revisione rapida è nettamente inferiore, in media pari a 3 mesi, ma la principale differenza rispetto a una revisione sistematica tradizionale consiste nella maggiore specificità del quesito cui il documento intende rispondere. Spesso nelle revisioni rapide ci si limita infatti ad affrontare gli aspetti di efficacia, tralasciando altri aspetti, quali ad esempio quelli relativi alla sicurezza, all'analisi dei costi o ai risvolti etici derivanti dall'introduzione di nuove tecnologie⁶⁰. Le Revisioni rapide si stanno rivelando di estrema utilità nel campo della Sanità Pubblica, come strumento in grado di indirizzare in maniera tempestiva i processi decisionali, sebbene siano caratterizzati dalla stesso grado di "informatività" che contraddistingue le revisioni sistematiche tradizionali⁶¹.

Alcune banche dati specifiche per la ricerca di revisioni sistematiche sono elencate in Tabella 5.

Database	Ente	Indirizzo web	Consultazione
Cochrane Database of Systematic Reviews	The Cochrane Collaboration	www.cochrane.org/reviews	A pagamento
ESRC Centre for Evidence Based Public Health Policy	Economic and Social Research Council (ESRC)	http://www.sphsu.mrc.ac.uk/Evidence/Evidence.html	Gratuita

59 Sorian R, Baugh T. Power of information: closing the gap between research and policy. When it comes to conveying information to busy policy-makers, a picture is truly worth a thousand words. *Health Aff (Millwood)*. 2002;21:264-273

60 Hailey D, Corabian P, Harstall C, Schneider W. The use and impact of rapid health technology assessments. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000 Spring;16(2):651-6

61 Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, Facey K, Hailey D, Norderhaug I, Maddern G. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2008 Spring;24(2):133-9

Public Health Research Consortium	Centre for review and dissemination University of York - NHS	http://www.york.ac.uk/phrc/	Gratuita
Database of Abstracts of Reviews of Effects (DARE)	Centre for review and dissemination University of York - NHS	www.crd.york.ac.uk/crdweb	Gratuita
Health Technology Assessment Database (HTA)	Centre for review and dissemination University of York - NHS	www.crd.york.ac.uk/crdweb	Gratuita
NHS Economic Evaluation Database	Centre for review and dissemination University of York - NHS	www.crd.york.ac.uk/crdweb	Gratuita
National Institute for Clinical Excellence (NICE)	NHS	http://www.nice.org.uk/	Gratuita
The Campbell Library	The Campbell Collaboration	www.campbellcollaboration.org/	Gratuita
Database of promoting health effectiveness reviews (DoPHER)	EPPI-Centre	www.eppi.ioe.ac.uk/cms/	Gratuita
Health Evidence	Public Health Agency of Canada	http://health-evidence.ca/	Gratuita

Tabella 5. Principali database per la ricerca di revisioni sistematiche (accesso 27.07.2009)

La Cochrane Public Health Group (PHRG), ESRC Centre for Evidence Based Public Health Policy e Public Health Research Consortium si occupano specificamente di produrre e pubblicare revisioni sistematiche relativamente all'efficacia degli interventi di Sanità Pubblica⁶².

2.6.3 Le banche dati di studi primari

Può essere utile anche ricorrere all'analisi degli studi primari qualora le revisioni, per contenuti o qualità metodologica, non siano adeguate a rispondere al quesito formulato. In Tabella 6 elenchiamo i principali database per la ricerca di studi pubblicati su riviste scientifiche; la strategia di ricerca è dettata di volta in volta dal quesito.

Database	Ente	Indirizzo web	Consultazione
Medline	National Library of Medicine	www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/	Gratuita
CINAHL	EBSCO	www.ebscohost.com/	A pagamento

62 Petticrew M, Roberts H. Systematic Reviews- do they work in informing decision-making around health inequalities? Health Economics, Policy and Law 2008;3:197-211

EMBASE	Elsevier	www.embase.com	A pagamento
Cochrane Central Register of Controlled Trials	The Cochrane Collaboration	http://www.mrw.interscience.wiley.com/cochrane/cochrane_clcentral_articles_fs.html	A pagamento
TRIP Database	TRIP Database Ltd	www.tripdatabase.com/	Gratuita
PsycINFO/PscyLIT	American Psychological Association	http://www.apa.org/psycinfo/	A pagamento
Sociological Abstract	ProQuest e CSA	http://www.csa.com/factsheets/socioabs-set-c.php	A pagamento
ERIC	Educational Resources Information Center of the US Department of Education	www.eric.ed.gov/	Gratuita
Web of science	Institute of Scientific Information	http://thomsonreuters.com/products_services/science/science_products/scholarly_research_analysis/research_discovery/web_of_science	A pagamento
Econlit	American Economic Association	www.econlit.org	A pagamento
ESDS Qualidata	UK Data Archive	www.esds.ac.uk/qualidata/	A pagamento

Tabella 6. Principali database per la ricerca di studi primari pubblicati su riviste scientifiche (accesso 27.07.2009)

2.6.4 Le banche dati di letteratura grigia

La cosiddetta “letteratura grigia”, ovvero la letteratura non indicizzata nelle banche dati di natura scientifica, è di grande utilità per il lavoro degli operatori della prevenzione, potendo anche in alcuni casi rappresentare la sola fonte di informazioni disponibile riguardo a determinate tematiche. Come ricordano gli stessi operatori della Cochrane Collaboration⁶³, il lavoro di ricerca degli studi primari nel campo della promozione della salute e della Sanità Pubblica data la multidisciplinarietà degli interventi è spesso molto impegnativo. Si può quindi, fare riferimento agli studi non pubblicati su riviste scientifiche o a rapporti di ricerca, atti congressuali, normative, documenti programmatici ed esperienze e a qualsiasi risorsa prodotta da istituzioni internazionali, nazionali e locali, enti di ricerca, associazioni, gruppi di interesse. In Tabella 7 elenchiamo alcuni di questi siti.

⁶³ Cfr. nota 56

Base dati	Ente	Indirizzo web
The National Research Register	The National Institute for Health Research-UK	www.portal.nihr.ac.uk/
Healthy People 2010 Information Access Project	U.S. Department of Health and Human Services	www.wonder.cdc.gov
CHID	Agenzie Federali US	www.cehn.org/cehn/resourceguide/chid.html
Dissertation Abstracts	Ann Arbor	www.library.dialog.com/bluesheets/html/b10035.html
Conference Papers Index	ProQuest-CSA	www.csa.com/factsheets/cpi-set-c.php
Catalog of U.S. Government Publications	US Government	www.catalog.gpo.gov/
State Publications Search	CDC	www.apps.nccd.cdc.gov/Publications/index.asp
Googlescholar.com	Google	www.scholar.google.it/

Tabella 7. Alcuni database per la ricerca degli studi non pubblicati (accesso 27.07.2009)

2.6.5 Valutazione critica delle prove di efficacia

Una volta individuati i documenti di interesse, è necessario valutarne la qualità e la validità alla luce del rigore metodologico con cui sono state prodotte e vagliare l'attendibilità delle raccomandazioni enunciate.

La forza della raccomandazione (che riflette la misura in cui si ritiene che, nella popolazione specifica del quesito clinico, gli effetti benefici derivanti dal seguire la raccomandazione superino gli effetti indesiderabili, o viceversa per raccomandazioni negative), è determinata anche dalla qualità delle prove⁶⁴. In passato, ad esempio, sulla base di studi osservazionali con risultati inconsistenti, è stata formulata una raccomandazione, ritenuta tuttavia molto attendibile da molte società scientifica, circa l'opportunità dell'assunzione di estroprogestinici per la prevenzione del rischio cardiovascolare da parte delle donne in menopausa. Studi RCT opportunamente condotti dimostrarono in seguito con chiarezza che la

64 Guyatt G, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;(7650)336:924-926

terapia ormonale sostitutiva in menopausa non solo non ha effetti protettivi nei confronti degli eventi cardiovascolari, ma potrebbe addirittura aumentarne il rischio⁶⁵. Anche il mancato riconoscimento di un'alta qualità delle prove di efficacia ha determinato lo stesso tipo di problemi: sono trascorsi dieci anni prima che prove di alta qualità che avevano dimostrato l'efficacia della terapia nella riduzione di mortalità in seguito a infarto miocardico venissero tenute di conto e fossero tradotte in raccomandazioni.

I fattori che minano la qualità delle prove di efficacia possono essere la presenza di limiti dello studio, variazioni o eterogeneità dei risultati a seconda della popolazione, del tipo di intervento o degli outcome considerati, inferenza delle prove, imprecisioni e bias di pubblicazione (tendono ad essere più spesso pubblicati gli studi che dimostrano effetti e ad essere invece tralasciati quelli in cui gli interventi non hanno dimostrato di avere effetto).

Viceversa possono determinare un aumento della qualità delle prove di efficacia una forte magnitudo degli effetti o la presenza di un gradiente dose-risposta⁶⁶.

(Altri fattori, oltre la scarsa qualità delle prove disponibili, che determinano una riduzione della forza di una raccomandazione sono l'incertezza del rapporto tra effetti benefici ed effetti indesiderati derivanti dall'introduzione dell'intervento in esame, l'incertezza sui valori e sulle preferenze delle persone oggetto dell'intervento e l'incertezza circa l'opportuno utilizzo delle risorse⁶⁷).

2.6.5.1 Valutazione critica delle Linee Guida

L'esistenza di strumenti che consentono la valutazione della qualità delle Linee Guida è utile sia per i decisori di politiche sanitarie, che possono grazie ad essi stabilire quali sono le Linee Guida da raccomandare per l'impiego nella pratica, sia per coloro che sviluppano una LG, che possono così seguire una metodologia sistematica rigorosa ed eventualmente grazie ad essi valutare la qualità della LG prodotta in base ai metodi adottati per la sua elaborazione, al contenuto delle raccomandazioni formulate e ai fattori inerenti l'applicazione di tali raccomandazioni nella pratica quotidiana.

Lo strumento AGREE (Appraisal of Guidelines Research and Evaluation in Europe), realizzato nell'ambito di un progetto europeo, benché non fornisca alcun supporto per

65 Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33

66 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008;336(7651):995-8

67 Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008 May 10;336(7652):1049-51

giudicare i contenuti specifici o la qualità delle prove di efficacia alla base della Linea Guida, è utile per valutare il processo di sviluppo e di stesura. Consiste in una semplice check-list di 23 item dalla cui compilazione da parte di più valutatori è possibile ottenere un giudizio globale sulla qualità della Linea Guida. I 23 criteri sono suddivisi in sei aree: Obiettivi e motivazione della LG, Coinvolgimento delle parti in causa, Rigore della elaborazione, Chiarezza e presentazione, Applicabilità e Indipendenza editoriale. Ogni criterio è valutato su una scala a 4 punti che indica la misura di quanto il criterio stesso è stato soddisfatto, dove 1 sta a significare “completo disaccordo”, 2 “disaccordo”, 3 “accordo” e 4 “completo accordo”.

Accanto ad ogni item vi è uno spazio per i commenti dove i valutatori devono registrare le ragioni delle loro risposte. Nella parte finale dello strumento vi è una sezione dove il valutatore fornisce il suo giudizio globale sulla qualità della Linea Guida, dopo aver preso in considerazione ciascun criterio. L’Agenzia Sanitaria Regionale dell’Emilia-Romagna, oltre ad aver collaborato al progetto di realizzazione dello strumento, ne ha curato anche la traduzione in italiano. La versione italiana è disponibile al seguente URL: http://asr.regione.emilia-romagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss060/link/doss60.pdf [accesso 27.07.2009].

2.6.5.1.1 Il sistema GRADE per la valutazione della forza delle raccomandazioni e della qualità delle prove di efficacia

Per la valutazione della forza delle raccomandazioni e della qualità delle prove di efficacia a supporto di queste, si consiglia l’utilizzo del sistema GRADE: più di 25 organizzazioni internazionali, incluse l’Organizzazione Mondiale della Sanità e la Cochrane Collaboration, adottano il GRADE in quanto ritenuto strumento di valutazione rigoroso dal punto di vista metodologico, trasparente, comprensivo e di facile utilizzo. Fin dagli anni ’70 varie organizzazioni hanno sviluppato diversi sistemi per la valutazione della qualità delle prove e la forza delle raccomandazioni, ma prima dello sviluppo del GRADE nessuno aveva tentato di unificarli in un sistema unico, perciò, il fine ultimo del grading, cioè quello di facilitare l’utilizzo delle raccomandazioni da parte degli utenti finali veniva spesso disatteso: troppa confusione e poca chiarezza derivano se a una stessa raccomandazione possono essere attribuiti diversi tipi di grading (es. II-2, B; C+, 1; evidenza forte o fortemente raccomandata)⁶⁸. GRADE è nato dalla collaborazione informale tra professionisti interessati a

68 Schunemann HJ, Best D, Vist G, Oxman AD. Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. CMAJ 2003;169:677-80

trovare una soluzione a questo caos⁶⁹. La qualità delle prove è valutata dal gruppo di lavoro GRADE secondo quattro criteri che sintetizzano i dati relativi al disegno e alla qualità dello studio, alla consistenza e alla riproducibilità dei risultati ottenuti (Tabella 8).

Qualità delle prove	
ALTA	Ulteriori studi verosimilmente non modificheranno il giudizio sull'opportunità o meno di introdurre l'intervento
MODERATA	Ulteriori studi potrebbero variare il giudizio sull'opportunità o meno di introdurre l'intervento
BASSA	Ulteriori studi molto probabilmente modificherebbero il giudizio sull'opportunità o meno di introdurre l'intervento
MOLTO BASSA	Il giudizio sull'opportunità o meno di introdurre l'intervento è molto incerto

Tabella 8. La qualità delle prove di efficacia valutata secondo il sistema GRADE

Due sono invece i gradi della raccomandazione, “forte” o “debole”, attribuiti tenendo conto del rapporto tra benefici e danni derivanti dall'introduzione dell'intervento in esame, della qualità delle prove reperite, della riproducibilità dell'intervento in contesti diversi e avendo ben presente il rischio di base della popolazione generale in assenza di intervento.

Il GRADE permette ai destinatari della Linea Guida di giudicare con maggiore facilità l'opportunità di seguire le raccomandazioni enunciate.

2.6.5.2 Valutazione critica delle revisioni sistematiche

Esistono delle checklist di cui possiamo servirci per valutare la qualità delle revisioni: PRISMA (Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses), Glasgow, ARIF (Aggressive Research Intelligence Facility), CASP (Critical Appraisal Skills Programme), MOOSE (Metanalysis of Observational Studies in Epidemiology), SIGN (Scottish Intercollegiate Guideline Network).

Ciascuna di queste è composta da più item: permettono di valutare se la revisione risponde ad un quesito clinico ben definito strutturato secondo il modello PICOT, se i criteri utilizzati per selezionare gli articoli siano appropriati, quanto è verosimile che studi importanti non

⁶⁹Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328(7454):1490

siano stati identificati, se e è stata valutata la validità degli studi inclusi, la correttezza della stesura dell'abstract, le strategie adottate per la ricerca, i criteri di inclusione/esclusione degli studi, come sono stati estratti i dati, l'applicabilità sul campo degli interventi considerati e se è previsto o meno l'aggiornamento della revisione stessa. Semplificando, maggiore è il numero di risposte affermative alle domande presenti nelle griglie di valutazione, maggiore è la qualità della revisione sistematica considerata.

In molti casi si tratta di adattamenti della stessa fonte, come è il caso delle griglie CASP e Glasgow, che partono dalla stessa fonte, ossia dal documento di Oxman, Cook e Guyatt del 1994⁷⁰ e possono essere quindi considerate come un unico contributo.

Caratteristiche generali				
Nome	Tipo	Punteggio	Tipologia di studi considerata	Numero di items presenti
PRISMA	Checklist	No	Revisioni Sistematiche e Metanalisi di RCT	27
CASP-Glasgow	Checklist	No	Revisioni sistematiche	10
SIGN	Checklist	No	Revisioni sistematiche o metanalisi	9
ARIF	Checklist	No	Revisioni sistematiche	14
MOOSE	Checklist	No	Metanalisi di studi osservazionali	35

Tabella 9. Caratteristiche degli strumenti di valutazione delle revisioni sistematiche e delle metanalisi

Lo strumento messo a punto dal **CASP** prevede 10 domande, ad ognuna delle quali è possibile rispondere con “sì”, “no” o “non so”. Le prime due domande consentono di stabilire se il quesito sia stato formulato in modo chiaro e se il disegno dello studio sia appropriato. Se la risposta ad entrambe queste domande è sì, è possibile procedere oltre, altrimenti il giudizio viene considerato a priori negativo. Le domande successive servono per valutare la qualità della ricerca di letteratura condotta e la qualità degli studi inclusi. Inoltre largo spazio è dedicato ai risultati: viene chiesto se i risultati di più studi siano stati combinati, quali siano i risultati principali, con quale misura e con che precisione sono espressi e se questi possano essere applicati alla popolazione locale. Infine è chiesto se vengono presi in considerazione i

70 Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, Users' guide to the medical literature. VI. How to use an overview. JAMA 1994; 272 (17): 1367-1371

principali outcome e se una politica o una pratica sanitaria potrebbe cambiare in base alle prove raccolte dalla revisione stessa.

Lo strumento **PRISMA**, ex QUOROM, messo a punto come strumento di supporto per gli autori di revisioni sistematiche e metanalisi, può anche essere utilizzato per la valutazione critica di questi documenti⁷¹; differisce dai precedenti perché valuta in maniera dettagliata le varie sezioni che compongono una revisione, partendo dal titolo della stessa, analizzando l'abstract, l'introduzione, i metodi, i risultati, la parte relativa alla discussione e infine chiede agli autori di dare informazioni circa i metodi impiegati per finanziare la produzione del documento.

Anche lo strumento **MOOSE**, prodotto per la valutazione di revisioni sistematiche che si concludono o meno in metanalisi di studi osservazionali, è suddiviso in diverse sezioni corrispondenti alle sezioni che compongono una revisione sistematica (titolo, abstract, introduzione, metodi di ricerca e selezione degli studi, risultati e discussione). Ogni sezione prende in considerazione diversi outcome

Infine lo strumento del **SIGN**, utilizzabile per le revisioni sistematiche e metanalisi che prendono in considerazione le varie tipologie di studio, è suddiviso in tre sezioni. La prima, relativa alla validità interna, considera se il quesito è espresso in modo chiaro ed adeguato, se sia presente una descrizione della metodologia utilizzata, il rigore della ricerca di letteratura, la valutazione della qualità degli studi analizzati dalla revisione, la confrontabilità degli studi. La seconda sezione riguarda la valutazione della presenza di bias e in che modo, se presenti, questi possono condizionare i risultati. L'ultima sezione riguarda la tipologia degli studi presi in considerazione e le conclusioni principali della revisione.

Due siti web offrono la possibilità di consultare gratuitamente valutazioni di revisioni sistematiche già condotte da parte di operatori altamente qualificati: l'uno, il database DARE (Database of Abstracts of Reviews of Effects), contenuto all'interno del Centre for Reviews and Dissemination (CRD) della Università di York, è di tipo esclusivamente qualitativo (<http://www.crd.york.ac.uk/crdweb/>), l'altro, del Canadian Institutes of Health Research, è anche quantitativo (<http://health-evidence.ca/>), in quanto, oltre al giudizio supportato dal commento di *strong*, *moderate* o *weak*, viene riportato un punteggio da 1 a 10. L'utilità di questi strumenti è quella di trovare letteratura già valutata e sapere che ciò che si sta leggendo è materiale di qualità.

71 Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pubmed.1000097

DARE, Database of Abstracts of Reviews of Effects

Per quanto riguarda il DARE database, ogni mese, al fine di identificare revisioni sistematiche, vengono vagliati e valutati migliaia di articoli da parte di due ricercatori che lavorano in modo indipendente, riassumono il contenuto in schede di sintesi che descrivono i metodi utilizzati per la stesura della revisione, i risultati e le conclusioni e valutano le revisioni dal punto di vista della qualità metodologica con un breve commento allo scopo di metterne in luce i punti deboli ed i punti di forza. Ad oggi sono state elaborate circa 15.000 schede di sintesi; il commento valutativo è presente per più di 6000 di queste. I criteri che consentono a una revisione sistematica di essere inclusa nel database sono i seguenti:

1. Sono specificati i criteri di inclusione e di esclusione degli studi primari
2. La ricerca è stata condotta in maniera esaustiva e rigorosa
3. Vi è una sintesi degli studi presi in considerazione
4. Gli studi inclusi sono stati valutati
5. Vi sono sufficienti dettagli relativi ai singoli studi inclusi

Per essere inclusa nel database la revisione sistematica deve rispettare obbligatoriamente i primi tre criteri e almeno un altro tra i cinque elencati. Le revisioni incluse possono trattare temi prettamente clinici o affrontare problemi di Sanità Pubblica: l'attenzione è rivolta a tutti gli interventi che possono avere un effetto sulla salute umana.

La ricerca viene effettuata sia esplorando la letteratura scientifica che quella grigia, vengono consultati i database MEDLINE, CINAHL, ERIC, BIOSIS Previews, Allied and Alternative Medicine (AMED), PsycINFO, EMBASE, ASSIA, Social Policy & Practice, Social Services Abstracts, Sociological Abstracts, Social Science Citation Index e i siti internet ASERNIP (The Australian Safety and Efficacy Register of New Interventional Procedures – Surgical), BEME Collection, Best Evidence Medical Education, Cancer Care Ontario Practice Guidelines Initiative (CCOPGI), Joanna Briggs Institute, Research Evidence in Education Library (Centre for Evidence-Informed Policy and Practice in Education).

Health-Evidence.ca *Promoting evidence-informed decision making*

Si tratta di un sito web canadese costruito per fornire le evidenze ai decisori di Sanità Pubblica, consentendo loro di risparmiare il tempo speso nella ricerca, nella selezione e nella valutazione delle revisioni. Il sito ha censito oltre 500,000 titoli, dei quali qualche migliaia sono stati considerati rilevanti e valutati qualitativamente, 1.110 titoli rilevanti sono inclusi nel database. Il sito nasce da un progetto di ricerca del Canadian Institutes of Health Research,

che dimostrò la necessità di una fonte accreditata di revisioni sulle prove di efficacia, che i decisori di Sanità Pubblica potessero consultare ed avere un facile accesso.

Tutte le revisioni censite in questo registro on-line sono state considerate come **rilevanti** per la Sanità Pubblica e successivamente valutate per la loro qualità. Per essere considerate rilevanti e quindi essere incluse nel database, le revisioni devono rispettare 5 criteri di rilevanza (Figura 14).

CRITERION	Yes	No
1. Is this a review article?		
2. Is the review relevant to public health or health promotion practice?		
3. Is the effectiveness of an intervention/program/service/policy the subject of the review?		
4. Is evidence on outcomes included?		
5. Is the search strategy described?		
REVIEWER DECISION		
1. Include this review in registry? (If yes, complete quality assessment tool)		
2. Are there additional references? (If yes, mark items on reference list)		

Figura 14. Tabella dei criteri per l'inclusione nel database health-evidence.ca, disponibile all'URL http://www.health-evidence.ca/downloads/Relevance%20tool_Doc%206.pdf [accesso 27-07-2009]

1. **Si tratta di una revisione?** Spesso la lettura del titolo è il modo migliore per valutare se viene rispettato questo primo criterio. Infatti molti articoli includono direttamente nel titolo i termini “revisione sistematica” o “metanalisi”. Altre volte invece gli articoli contengono questi termini all'interno dell'articolo. In ogni caso viene rispettato questo primo criterio, Quando invece manca una strategia di ricerca, l'articolo non può essere classificato come revisione. Inoltre è importante che la revisione di letteratura includa delle tabelle dettagliate sulle caratteristiche degli studi e sugli outcome.
2. **La revisione tratta di rilevanti problemi di Sanità Pubblica o di promozione sanitaria?** La revisione dovrebbe occuparsi di promozione, protezione o prevenzione (3 P). Per accertarsi che questo criterio sia soddisfatto ci si può chiedere: chi si occupa di fornire l'assistenza o l'intervento? Che tipo di intervento viene realizzato? In quale setting? La popolazione presa in esame dovrebbe essere composta da soggetti provenienti da paesi sviluppati per garantire una validità esterna
3. **La revisione ha come argomento principale l'efficacia di un intervento o di un programma o di un servizio o di una politica?** La revisione dovrebbe prendere in esame l'efficacia sul campo (“effectiveness”) di uno specifico intervento di Sanità

Pubblica, che potrebbe essere un programma, un servizio o una policy. Molte revisioni sistematiche o metanalisi esaminano il nesso di causalità, la correlazione e l'aspetto costo-efficacia. Queste non vengono incluse nel registro.

4. **Vengono individuati in modo chiaro gli outcome della revisione?** Gli outcome di ciascun studio, sia positivi che negativi, dovrebbero essere descritti in modo chiaro. Spesso questa informazione appare in una tabella separata.
5. **Viene descritta la strategia di ricerca utilizzata?** Una strategia di ricerca descritta in maniera chiara dovrebbe essere la caratteristica delle revisione stessa e nella maggior parte dei casi la si ritrova nei metodi. Idealmente il lettore dovrebbe essere in grado di replicare la ricerca utilizzando le informazioni fornite dall'autore.

Per le revisioni considerate rilevanti viene condotta una **valutazione di qualità** che fornisce un giudizio supportato dal commento di *strong*, *moderate* o *weak*, ed è riportato un punteggio da 1 a 10 secondo tre categorie di valutazione: debole (punteggio totale minore di 4 punti), moderato (punteggio totale tra 5 e 6 punti), forte (punteggio totale tra 7 e 10 punti).

La valutazione della qualità viene condotta prendendo in considerazione 10 item. Viene valutato (Appendice 1):

- se la revisione abbia un quesito formulato in modo chiaro
- se sono esplicitati i criteri di inclusione
- se la ricerca di letteratura è condotta in modo esaustivo
- se copre arco di tempo ragionevole
- se è descritto il rigore e la qualità degli studi primari inclusi nella revisione
- la "trasparenza" dei risultati
- se i risultati degli studi considerati sono stati combinati in modo appropriato
- se i risultati supportano l'interpretazione dell'autore

Caratteristiche generali				
Nome	Tipo	Punteggio	Tipologia di studi considerata	Numero di items presenti
Health-evidence	Checklist	sì	Revisioni sistematiche e narrative; metanalisi	10
DARE	Checklist	no	Revisioni sistematiche	5

Items considerati									
Nome	Abstract	Definizione del quesito	Strategia di ricerca	Criteri di inclusione/esclusione	PICOT	Validity assessment	Estrazione dati	Applicabilità	giornamento
Health-evidence	no	sì	sì	sì	sì	sì	sì	no	no
DARE	no	sì	sì	sì	sì	sì	sì	no	no

Tabella 10. Confronto fra le due banche dati, Health-evidence.ca e DARE

Il gruppo EBP dell’Agenzia Regionale di Sanità Toscana in questi ultimi anni, per la valutazione delle revisioni sistematiche, ha fatto largo uso di questi due strumenti. A titolo di esempio, per la ricerca di letteratura del Dossier “EBP e lavoro. L’efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro”⁷² sono state selezionate 35 revisioni sistematiche di letteratura scientifica per 23 delle quali era presente il giudizio dell’Health-evidence. La valutazione del DARE era invece presente per 17 lavori e per altri 7 il lavoro di valutazione qualitativa era in corso; per la ricerca di letteratura per il Dossier “EBP e Obesità. Efficacia degli interventi per la prevenzione dell’obesità nei bambini e negli adolescenti”⁷³ sono state reperite 27 revisioni sistematiche, di cui 18 valutate dai due siti: per 5 revisioni era presente la valutazione sia da parte dell’Health-evidence che del DARE; 9 erano state valutate solo da parte di Health-evidence, 4 solo da parte del DARE.

Anche nel corso del processo di elaborazione della LG “*Lotta alla sedentarietà*” è stata condotta una preliminare ricerca di letteratura allo scopo di identificare revisioni sistematiche pertinenti che avessero come outcome la valutazione di interventi per promuovere l’attività fisica. Utilizzando più database con differenti strategie le revisioni risultate pertinenti sono state in tutto 49. Per ognuna di esse è stata ricercata la valutazione su entrambi i siti web (Health-evidence e DARE) con i seguenti risultati: delle 49 revisioni 25 avevano la valutazione su Health-evidence e 7 su DARE. Nel complesso delle 49 revisioni 28, ossia ben il 57%, avevano almeno un giudizio proveniente da uno dei due siti.

L’esistenza di questi due siti permette di risparmiare una notevole quantità di tempo nel processo del critical appraisal. Per le revisioni non provviste di valutazione da parte di queste due organizzazioni, può essere condotto un critical appraisal utilizzando la griglia messa a disposizione dall’Health-evidence in modo da uniformare il più possibile il giudizio.

⁷² A cura di Alberto Baldasseroni e Nadia Olimpi del gruppo EBP della Toscana, pubblicato sul sito EBP e Lavoro http://www.ccm-network.it/ebp_e_lavoro/ (accesso 27-07-2009)

⁷³ In corso di pubblicazione

I due siti sopra descritti consentono inoltre al professionista della salute di accedere con facilità a revisioni sistematiche su qualsiasi tema di interesse. Una ricerca su Pubmed sicuramente fornisce anche documenti di pubblicazione recentissima, altrettanto può non essere vero per DARE e Health-evidence, in cui è necessario aspettare un po' di tempo prima che le revisioni vengano "recensite" e inserite nel database e in cui possono non essere presenti tutti i documenti pubblicati in letteratura. A titolo di esempio riportiamo i risultati di due strategie di ricerca utilizzate sui 3 suddetti database: impostando la strategia "*physical activity*" AND *intervention* AND *promotion* AND (*efficacy* OR *effectiveness* OR *evaluation* OR *evidence*) abbiamo ottenuto 105 revisioni sia sistematiche che narrative su Pubmed, 25 revisioni sistematiche sul DARE database, 25 revisioni sistematiche su Health-evidence. La strategia *physical activity* AND *promotion* AND (*efficacy* OR *effectiveness*) ha dato come risultato un totale di 6 revisioni sistematiche su Pubmed (abbiamo utilizzato in questo caso l'opzione "clinical queries" per selezionare esclusivamente le revisioni sistematiche), 23 sul DARE database, 30 su Health-evidence.

L'enorme utilità per il professionista dei due strumenti DARE e Health-evidence, risiede nell'indubbio vantaggio di poter immediatamente usufruire di una valutazione qualitativa di revisioni sistematiche di interesse: la disponibilità di strumenti di questo tipo consente in Sanità Pubblica, ad esempio, di stabilire con sicurezza se un determinato intervento possa essere preso in considerazione o meno, e di valutare l'efficacia di interventi o azioni.

2.6.5.3 Valutazione critica degli studi primari

Secondo i criteri classici dell'Evidence Based Medicine, la gerarchia degli studi di efficacia dipende dal tipo di studio che è stato condotto. Il grado più alto è riservato agli studi RCT (Randomized Controlled Trials), il più basso a studi di tipo descrittivo (case series) o a studi che riportano le opinioni di esperti. Gli studi osservazionali, sia di coorte che caso-controllo, solitamente occupano un posto intermedio nella graduatoria⁷⁴.

In Sanità Pubblica tuttavia, raramente il disegno dello studio prevede il ricorso alla randomizzazione, quel metodo mediante il quale in medicina clinica i partecipanti allo studio vengono assegnati al gruppo dei trattati o al gruppo dei controlli in modo da rendere i due gruppi il più possibile simili in quanto a caratteristiche dei partecipanti che, agendo da confondenti, potrebbero in qualche misura condizionare l'outcome di interesse⁷⁵. Per valutare,

74 Concato J, Shah N, Horwitz R I. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. N Engl J Med 2000;342:1887-92

75 Hannah E L. Randomized Clinical Trials and Observational Studies. J Am Coll Cardiol Intv 2008;1:211-7

ad esempio, gli effetti di interventi quali l'applicazione di normative o l'introduzione di campagne informative o misure di policy (es. l'aumento del prezzo dei prodotti di tabacco), non è possibile assegnare l'esposizione in modo casuale.

Pertanto, al fine di ridurre la portata della "inverse evidence law"^{76,77}, per la quale gli interventi dotati di maggiore impatto sulla salute della popolazione (quali ad esempio l'introduzione di nuove leggi e normative) sono quelli meno supportati da evidenze scientifiche, gli studi osservazionali o quasi-sperimentali (studi pre-post e le serie temporali interrotte) sono da considerarsi di qualità elevata, qualora non sia possibile allocare casualmente i partecipanti con un processo di randomizzazione.

Il concetto di RCT come unica fonte attendibile di prove di evidenza è stato superato anche dalla Cochrane Collaboration^{78,79}: quando non sia stato possibile attuare trial randomizzati, è necessario considerare come prove robuste, tali da orientare i processi decisionali, anche quelle derivanti da studi tradizionalmente ritenuti di rango inferiore. Se volessimo ad esempio valutare gli effetti dell'introduzione di un programma di promozione della salute nei luoghi di lavoro e non sia fattibile uno studio RCT per la valutazione dell'outcome finale, possiamo giudicare tuttavia attendibili prove che testimoniano la riduzione di comportamenti a rischio nei lavoratori sottoposti all'intervento rispetto alla popolazione generale⁸⁰.

Può addirittura risultare del tutto scorretto, per la valutazione di interventi di Sanità Pubblica, svolgere studi RCT, qualora non supportati da ulteriori analisi circa l'adeguatezza e la plausibilità degli interventi stessi: un intervento efficace in un certo tipo di contesto può rivelarsi inutile in un altro (problema di validità esterna, particolarmente importante in Sanità Pubblica). Tra i primi a sollevare questo problema fu Pearce, che nel 1996 evidenziò come studi RCT possono essere adatti per la valutazione di fattori di rischio specifici, ma sono spesso inappropriati nel caso di studi in cui non si possa prescindere dal prendere in considerazione la storia e il contesto sociale della popolazione oggetto dello studio⁸¹ e i membri del gruppo di lavoro per la valutazione degli interventi sulla promozione della salute

76 Nutbeam D. How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England. *Health Promot J Aust* 2003;14:154-8

77 Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M. Systematic reviews of health effects of social interventions: 1. Best available evidence: how low should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005;59:886-892

78 Cfr. nota 56

79 http://www.ph.cochrane.org/Files/PHRG_FAQ_Sept07.pdf

80 Lipscomb HJ, Dement JM. A counterview on data quality and the systematic review process for occupational injury interventions: are we missing the forest for the trees? *Am J Prev Med.* 2009 Apr;36(4):377-8

81 Pearce N. Traditional Epidemiology, modern epidemiology, and Public Health. *Am J Public Health.* 1996;86:678-683

dell'Ufficio Regionale Europeo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità⁸², che sottolinearono l'inappropriatezza degli studi RCT nel campo della "health promotion" in quanto potenzialmente fuorvianti ed eccessivamente costosi.

L'assunto per cui studi dotati di validità interna sono generalizzabili è corretta nel caso di interventi con percorso causale breve e modelli di impatto relativamente snelli; in Sanità Pubblica i percorsi causali sono spesso lunghi, complessi e influenzati da numerose caratteristiche sia della popolazione oggetto dell'intervento che del sistema sanitario e dalle specificità del contesto: è spesso preferibile pertanto adottare altri tipi di studi⁸³.

Secondo alcuni inoltre, nonostante le prove di tipo quantitativo abbiano in genere, rispetto a quelle di tipo qualitativo, maggior potere persuasivo, è combinando i due tipi di prove che si ottengono le indicazioni migliori⁸⁴.

In conclusione, poiché è il quesito clinico o di Sanità Pubblica che influenza il disegno dello studio, la gerarchia delle prove di efficacia varia a seconda del quesito di volta in volta formulato⁸⁵.

Alla luce di quanto detto fino ad ora, la gerarchia delle prove, normalmente adottata nella elaborazione di Linee Guida per giudicare la validità scientifica delle prove, è strettamente applicabile solo agli studi di valutazione degli interventi che ammettono una esposizione a livello individuale. Per questi possono quindi essere validi i criteri in uso da parte del SNLG per la classificazione delle prove (Tabella 11).

Livelli di prova per gli interventi randomizzabili	
I	Prove ottenute da più studi clinici controllati randomizzati e/o da revisioni sistematiche di studi randomizzati.
II	Prove ottenute da un solo studio randomizzato di disegno adeguato.
III	Prove ottenute da studi di coorte non randomizzati con controlli concorrenti o storici o loro metanalisi.
IV	Prove ottenute da studi retrospettivi tipo caso-controllo o loro metanalisi.
V	Prove ottenute da studi di casistica («serie di casi») senza gruppo di controllo.

82 Health Promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 document EUR/ICP/IVST 05 01 03 http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR_ICP_IVST_05_01_03.pdf [accesso 27/07/2009]

83 Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomization Trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-405

84 Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding Evidence-Based Public Health Policy *Am J Public Health* 2009; 99: 1576-1583

85 Moynihan R. Evaluating Health Services: A Reporter Covers the Science of Research Synthesis. *Milbank Memorial Fund* 2004

VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in Linee Guida o consensus conference, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee-guida
-----------	--

Tabella 11. Livelli di prova di efficacia per gli studi randomizzabili, in base alle indicazioni del SNLG

Per gli interventi non randomizzabili è necessario adottare una diversa gerarchia delle prove, nell'ambito della quale possano essere considerati di elevata qualità anche studi che hanno una posizione più bassa nella scala tradizionale della validità^{86, 87}. Una delle possibile gerarchie per questo tipo di studi, suggerita dal network italiano per la EBP⁸⁸, e basata sugli articoli di Cook (1979)⁸⁹ e di Eccles (2003)⁹⁰, è riportata in Tabella 12.

Livelli di prova per gli interventi non-randomizzabili	
I	Prove ottenute da più studi ITS con popolazione di controllo e/o da revisioni sistematiche di studi ITS
II	Prove ottenute da un solo studio ITS con popolazione di controllo di disegno adeguato
III	Prove ottenute da studi B&A controllati o loro metanalisi
IV	Prove ottenute da studi B&A senza popolazione di controllo o loro metanalisi
V	Prove ottenute da studi di casistiche senza gruppo di controllo
VI	Prove basate sull'opinione di esperti autorevoli o di comitati di esperti come indicato in Linee Guida o consensus conference, o basata su opinioni dei membri del gruppo di lavoro responsabile di queste linee-guida

Tabella 12. Proposta di livelli di prove di efficacia per gli studi di interventi non randomizzabili

2.7 Stesura di una bozza di Linea Guida che contenga raccomandazioni e indicatori

Una buona Linea Guida dovrebbe prevedere, a seguito di ogni raccomandazione, una specificazione dei benefici attesi e una proposta di indicatore di processo, di output e di outcome che permetta l'istituzione di un sistema di monitoraggio e di valutazione. A tal proposito sarà opportuno predisporre un sistema informativo in cui possano venire raccolte le informazioni relative agli interventi di popolazione e agli interventi individuali. Una verifica a

⁸⁶ Cfr. nota 77

⁸⁷ Merlin T, Weston A, Tooher R. Extending an evidence hierarchy to include topics other than treatment: revising the Australian "levels of evidence". BMC medical Research Methodology 2009;9:34

⁸⁸ In un documento in corso di elaborazione

⁸⁹ Cook DT, Campbell DT. Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings. Chicago, Rand McNally, 1979

⁹⁰ Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. Qual Saf Health Care 2003; 12: 47-52

partire dalla valutazione degli indicatori di esito e di processo consente la misura degli effetti sul campo in termini di accettabilità e praticabilità da parte di operatori e popolazione target, così come la realizzazione di attività di audit.

Il Programma nazionale Linee Guida prevede tre distinti livelli di valutazione, corrispondenti ai tre diversi livelli decisionali e di applicazione delle raccomandazioni: una valutazione a livello regionale, una a livello aziendale e una valutazione a livello dei singoli servizi.

2.8 Confronto con il panel e invio della bozza al Gruppo Allargato di Consultazione

Il gruppo di coordinamento raccoglie tutte le prove di efficacia esistenti in merito all'argomento considerato. Dapprima seleziona le Linee Guida; solo in un secondo momento, qualora le LG non coprissero tutti gli aspetti del problema in esame, la ricerca si indirizza alle revisioni sistematiche ed eventualmente agli studi primari. Ma i risultati della ricerca scientifica spesso non sono sufficienti a dare risposte specifiche per le scelte di Sanità Pubblica: spesso si rende necessaria una rigorosa integrazione di queste con l'opinione di coloro che lavorano quotidianamente a vari livelli sul campo.

Viene quindi convocato **un panel di esperti** (vedi par 2.4) a partecipare ad un incontro preliminare in cui viene presentato loro il progetto nel dettaglio e viene favorito un proficuo scambio di opinioni tra i membri. Il ruolo fondamentale del gruppo di coordinamento è quello di coinvolgere rapidamente tutti i partecipanti ponendo particolare attenzione alle dinamiche che si creano tra gli stessi: perché il risultato finale sia quello migliore possibile, è necessario che non si verifichino all'interno del panel processi di prevaricazione o di sudditanza psicologica. Il gruppo di coordinamento diffonde i risultati della ricerca effettuata come tavole sinottiche in cui sono presentate le raccomandazioni corredate del livello di evidenza e di forza. E' richiesto al panel di riflettere sulle raccomandazioni e di apportare il proprio contributo, in particolare di esprimere il proprio giudizio circa l'effettiva applicabilità al contesto locale degli interventi enunciati.

Il gruppo di coordinamento stabilisce tempistica e organizzazione del lavoro e fissa un nuovo incontro a distanza di alcuni mesi, in cui verrà presentata agli esperti una bozza di LG, sviluppata in base alle indicazioni che saranno da loro fornite.

Come già più volte sottolineato, caratteristica essenziale di una Linea Guida è la multidisciplinarietà: non basta ricorrere al parere degli esperti, è necessario coinvolgere tutti gli stakeholder appartenenti ai diversi gruppi professionali e sociali interessati

all'applicazione dei programmi di volta in volta valutati. La bozza avanzata del documento verrà pertanto inviata al **gruppo di consultazione allargato**, composto da figure esterne al processo di produzione dello stesso, scelte dal gruppo di coordinamento. Verranno coinvolti anche le società scientifiche di riferimento e tutti i possibili stakeholder, popolazione inclusa: Ministeri o Enti Nazionali, Regioni, rappresentanti o associazioni di cittadini, esperti della comunicazione. A tutti verrà chiesto un commento motivato sui contenuti della Linea Guida.

Una volta pervenuti i commenti da parte degli esperti e di tutti gli attori in gioco, il gruppo di coordinamento esaminerà criticamente ciascun commento e deciderà caso per caso se accettare o meno le osservazioni fatte, dopodiché deciderà sulle modalità più opportune di presentazione e disseminazione della Linea Guida prodotta.

Obiettivo fondamentale di questo gruppo è l'integrazione dei punti di vista e dei valori degli utenti con quelli degli erogatori e degli amministratori. La partecipazione dei cittadini e degli utenti finali della Linea Guida è importante anche ai fini dell'implementazione della stessa, in quanto ruolo dei componenti del gruppo di consultazione allargato è anche quello di facilitare l'implementazione del documento nelle varie realtà locali. Il numero di stakeholder da coinvolgere può essere variabile: il CDC (Centers for diseases control and prevention) ha coinvolto 90 stakeholder per la valutazione dei programmi di immunizzazione nel 2007; per la produzione della Linea Guida per la promozione dell'attività fisica nei luoghi di lavoro, il National Institute for Health and Clinical Excellence NICE ha coinvolto più di 380 stakeholder (la lista delle organizzazioni che hanno partecipato alla elaborazione è disponibile al sito <http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=34562>).

Unico esempio fino ad oggi in Italia di in cui il processo di costruzione di una Linea Guida ha previsto la partecipazione di tutti gli stakeholder è la Linea Guida per la cessazione del fumo di tabacco, in cui sono stati chiamati a far parte del Gruppo Allargato di Consultazione 57 soggetti⁹¹.

Il gruppo di stakeholder può essere consultato per esempio via posta attraverso il metodo Delphi: ciascuno è invitato a esprimere la propria opinione in modo anonimo, quindi il gruppo di coordinamento raccoglie ed aggrega in un documento di sintesi i pareri emersi. In una terza fase viene chiesto ai partecipanti di rivedere il proprio giudizio iniziale alla luce di quanto emerso dal documento di sintesi. Il gruppo può però anche incontrarsi in una o più (due o tre) riunioni.

91 Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, Vadrucci S, Giordano L, Sen C, Piccinelli C, Molinar R, Charrier L, Leigheb F, Fedele M, Bonvini D. Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione Regionale Anti-tabacco. Quaderno n. 3 - maggio 2007

2.9 Confezione del documento finale, disseminazione e implementazione

Le caratteristiche formali del documento giocano un ruolo non secondario nella fruibilità da parte dei destinatari dello stesso⁹²; per tale motivo è fondamentale che la forma sia tale da renderne facile e rapida la consultazione, il linguaggio utilizzato il più chiaro possibile e mai ambiguo: è bene limitare il più possibile l'utilizzo di sigle.

Una volta terminato il lavoro da parte del gruppo multidisciplinare, il documento dovrebbe essere sottoposto a una redazione finale da parte di professionisti editoriali specializzati⁹³.

Deve essere presente la data di pubblicazione del documento e dovrebbe essere fornita indicazione circa la validità delle raccomandazioni riportate ed essere specificata una data entro la quale il documento dovrebbe essere oggetto di nuova analisi e valutazione alla luce delle nuove conoscenze divenute nel frattempo disponibili. Le Linee Guida del SNLG, ad esempio, vengono aggiornate ogni due anni.

Grazie allo sviluppo di internet, diffondere una Linea Guida è oggi estremamente semplice. Il vantaggio della messa in rete del documento sono evidenti: se lo scopo ultimo di un documento di raccomandazioni è quello di raggiungere quanti più utenti possibile, internet è senz'altro il sistema migliore per conseguirlo. Non si può tuttavia ovviamente prescindere dalla redazione di un volume di testo di concezione tradizionale, che, oltre a contenere le raccomandazioni e i consigli della Linea Guida, deve essere corredato dalla presentazione del processo decisionale da cui sono scaturiti e i riferimenti bibliografici.

Per una maggiore facilità e rapidità di consultazione si consiglia anche la stesura di un opuscolo di accompagnamento della lunghezza massima di 60 pagine, che sintetizzi in maniera schematica le raccomandazioni elaborate.

Presentare e diffondere delle raccomandazioni non è sufficiente: occorre che queste entrino nella pratica e si radichino in un sistema culturale di cambiamento complessivo. Pertanto sarà necessario analizzare il contesto, valutando le persone, i sistemi e le strutture: grazie a questi elementi si potranno verificare tutti i fattori favorevoli o ostacolanti l'implementazione e la diffusione delle raccomandazioni. Ovviamente, saranno necessari tempo, entusiasmo e impegno, insieme a una buona comunicazione e supporto pratico, per assicurarsi che i professionisti accolgano i consigli con atteggiamento positivo e abbiano le necessarie competenze per svolgere le procedure. Analogamente sarà necessario comunicare con i

92 Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. JAMA 1999 Oct 20;282(15):1458-65

93 Cfr. nota 21

cittadini coinvolti nei processi implicati dalle raccomandazioni, in modo da raccogliere i loro pareri e punti di vista.

CAPITOLO 3. COSTRUZIONE DI UNA LINEA GUIDA PER IL CONTRASTO ALLA SEDENTARIETA'

3.1 Introduzione

Nell'ambito del progetto CCM "Costruzione di un network per la ricerca dell'efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla popolazione e la diffusione della cultura scientifica nelle strutture di Sanità Pubblica", in cui l'Agenzia Regionale di Sanità Toscana collabora insieme all'Università Cattolica del Sacro Cuore di Roma ed all'Università Amedeo Avogadro del Piemonte Orientale, vi è tra gli obiettivi specifici la valutazione di nuovi programmi o di attività scarsamente applicate per le quali esistano prove di efficacia, prioritariamente nell'ambito di quelli previsti nel Piano Nazionale Prevenzione e nel DPCM 4 Maggio 2007 "Guadagnare salute".

Al nostro centro è stata affidata la costruzione di raccomandazioni di Sanità Pubblica sul tema "Lotta alla sedentarietà (inclusa idoneità attività sportiva non agonistica)".

3.2 Materiali e Metodi

3.2.1 Costruzione del logical framework

La metodologia di lavoro ha previsto dapprima l'individuazione delle tappe per la costruzione di raccomandazioni da parte del gruppo di coordinamento, quindi l'identificazione delle reti logiche che sottostanno al problema di Sanità Pubblica in oggetto da parte del nostro centro.

In Figura 15 illustriamo il modello logico per il PSP "Lotta alla sedentarietà".

I determinanti possono essere descritti come i fattori che portano alla definizione di un programma così come viene previsto ed attuato. Molto spesso i determinanti sono leggi, poiché le leggi dovrebbero riflettere le istanze di tutte le parti in causa, nonché gli eventi sanitari che hanno trasformato un generico bisogno di tutela, possibilmente basato su dati epidemiologici, in una ben strutturata richiesta. Il loro corretto inquadramento è utile per capire come la legislazione accolga tutte queste istanze⁹⁴. Nel nostro caso i determinanti sono il Piano Sanitario Nazionale 2006-2008, i Piani Sanitari Regionali, il Piano Nazionale della Prevenzione, i Piani Regionali di Prevenzione Attiva e i LEA 2008: in tutti, a vario livello, è preso in considerazione questo problema di salute.

⁹⁴ Cfr. nota 11

Ci siamo quindi focalizzati su tutte le azioni connesse alla lotta alla sedentarietà; dopo un'analisi esplorativa della letteratura scientifica abbiamo suddiviso gli interventi ritenuti necessari ad ottenere l'outcome finale di salute in tre tipologie: interventi di popolazione, individuali o di gruppo e interventi strutturali e di policy. Ognuno di questi a sua volta è stato scomposto in diverse azioni specifiche, come per gli interventi individuali o di gruppo, quelli di counselling o interventi nelle scuole.

Gli outcome finali della promozione dell'attività fisica sono la riduzione dell'obesità, delle patologie cardiovascolari, del diabete, ipertensione, depressione, ansia, fratture, osteoporosi, malattie cronic-degenerative. Nei casi in cui, come in questo esempio, siamo di fronte ad outcome misurabili a lungo termine (decenni), è opportuno individuare per ogni intervento degli obiettivi intermedi, misurabili a breve distanza, che rappresentano una buona rappresentazione ("proxy") dell'outcome finale. Un esempio di outcome intermedio per il PSP "promozione dell'attività fisica" potrebbe essere l'aumento del numero di persone che scelgono di recarsi a lavoro a piedi o in bicicletta.

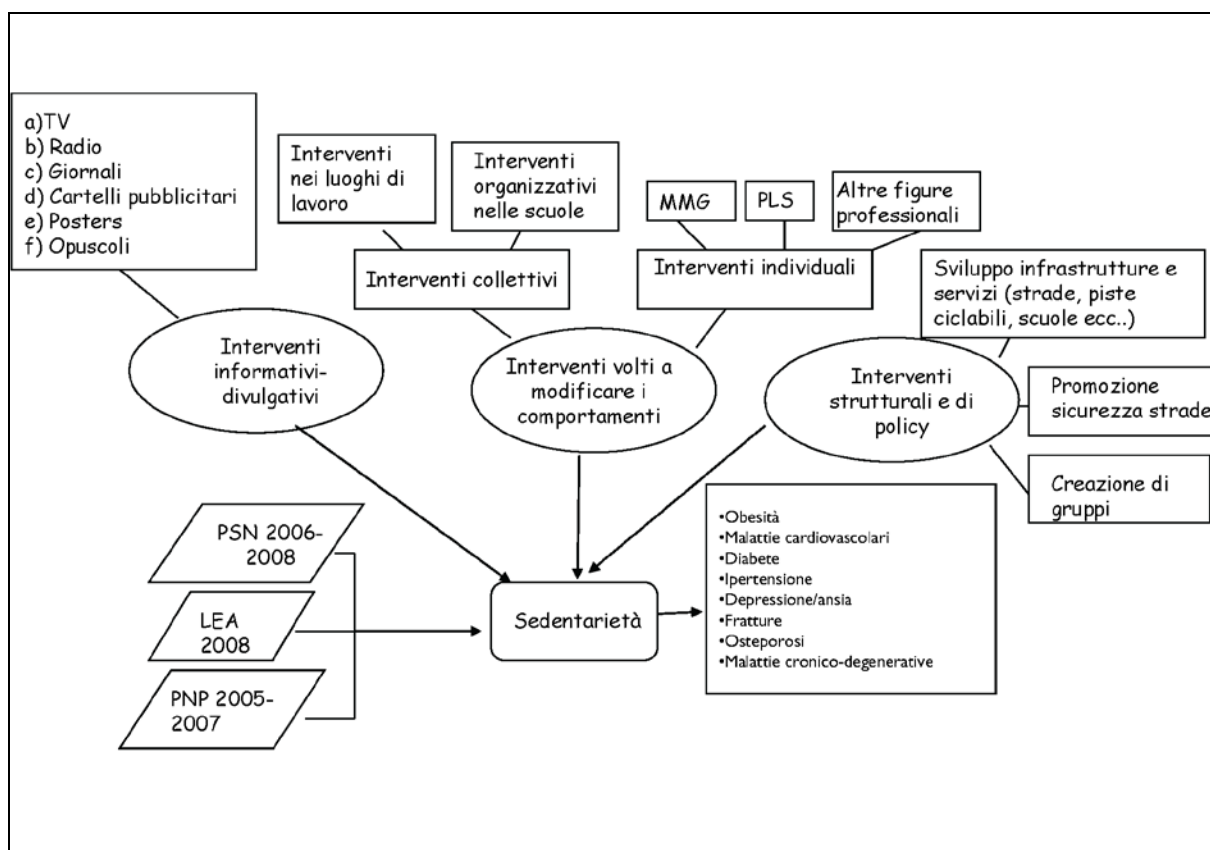


Figura 15 . Il modello logico per il PSP "Lotta alla sedentarietà"

3.2.2 Ricerca delle LG internazionali e individuazione dei quesiti

Come descritto in par. 2.6.3, abbiamo condotto una preliminare ricerca non strutturata delle revisioni sistematiche aventi per tema la lotta alla sedentarietà e la promozione dell'attività fisica nella popolazione generale, con l'unico scopo di garantirci una visione d'insieme dell'argomento ed avere un'idea degli interventi attuati in altre realtà.

Vista l'ampiezza dell'argomento, documentata anche dalla numerosità di pubblicazioni primarie e secondarie sul tema, per l'individuazione dei quesiti ci siamo concentrati per questa prima fase sulla ricerca delle LG, sia di letteratura scientifica che di letteratura grigia, sia italiane che internazionali.

I criteri di inclusione adottati per la ricerca delle LG sono stati i seguenti:

La popolazione: abbiamo incluso Linee Guida che riguardavano soggetti sani, anche se in soprappeso o obesi, nelle seguenti fasce di età:

- Scolare (Primaria e secondaria: 6-19 anni): si può effettuare una suddivisione di questa fascia d'età in in bambini (6-12 anni) e adolescenti (12-19 anni)
- Adulti (20-65 anni)
- Anziani (>65 anni)

Abbiamo invece escluso interventi focalizzati su popolazione in età prescolare e su soggetti con patologie (diabete, malattie cardiovascolari).

Gli interventi: abbiamo utilizzato tre tipi di classificazione a seconda della tipologia dell'intervento, della popolazione target e del setting, rispettivamente:

1. Classificazione in base alla tipologia dell'intervento

- Interventi informativi-divulgativi
- Interventi volti a modificare i comportamenti
- Interventi strutturali e di policy

2. Classificazione in base alla popolazione target

- Interventi individuali
- Interventi collettivi

3. Classificazione in base al setting

- Interventi nelle scuole
- Interventi nella comunità
- Interventi familiari
- Interventi in ambienti di lavoro

Gli outcome di interesse: sono la riduzione della sedentarietà e delle patologie/condizioni correlate alla sedentarietà (quali sovrappeso, obesità e patologie cardiovascolari).

I database da noi interrogati e la relativa strategia di ricerca utilizzata sono indicati in Tabella 13.

Database interrogati	Strategia di ricerca utilizzata
Clearinghouse	“physical activity” AND promotion
NICE	“physical activity” AND promotion
PubMed	<u>strategia 1</u> : “physical activity” AND promotion AND (intervention OR efficacy OR effectiveness) OR guidelines <u>strategia 2</u> : “physical activity” AND promotion AND (intervention OR efficacy OR effectiveness) Limits: practice guidelines
Community Guide	physical activity AND promotion
TRIP Database	“physical activity” AND promotion AND (intervention OR efficacy OR effectiveness) OR guidelines
SIGN	“physical activity” AND promotion
Clinical Practice Guidelines-Canada (CMA)	physical activity
Clinical Guidelines Australia	physical activity
Canadian Task Force on Preventive Health Care	physical activity
New Zealand Guidelines Group	physical activity
Google	physical activity promotion

Tabella 13. I database interrogati e le strategie di ricerca utilizzate

Le strategie adottate sono state più specifiche nel caso di PubMed, in cui sono inclusi un range più ampio di record, più sensibili (e quindi più generiche) nel caso degli altri database, che hanno un numero inferiore di documenti inclusi.

Dopo attenta disamina delle evidenze scientifiche contenute nelle LG, punto cruciale nella stesura dei quesiti sono stati gli interventi volti a contrastare comportamenti sedentari riportati in ciascuna di esse.

Per ogni raccomandazione è stato estrapolato un quesito che esplicitasse l’autore o l’ente che ha commissionato la LG, l’anno di pubblicazione, il Paese, i destinatari della LG, la popolazione target (suddivisa in bambini e adolescenti, anziani, adulti, popolazione generale,

popolazione in età lavorativa), il setting in cui è svolto l'intervento, l'outcome e la fonte da cui è stata reperita la rispettiva LG.

Ci riserviamo di procedere ad una ricerca strutturata delle revisioni sistematiche per quei quesiti che eventualmente il panel riterrà non siano stati presi in considerazione dalle LG.

3.2.3 Contatti con il panel

Allo stato attuale del lavoro, sono stati già individuati gli esperti cui chiederemo di entrare a far parte del panel multidisciplinare (in Appendice 3 riportiamo la lettera con cui inviteremo gli esperti a far parte del lavoro di produzione della LG). Il panel di esperti avrà il compito di riflettere sulle raccomandazioni individuate ed estrapolate dalle LG internazionali dal gruppo di coordinamento e segnalerà eventuali dimenticanze e imprecisioni e doterà le stesse di un grading, principalmente fondato sull'effettiva applicabilità al contesto locale degli interventi enunciati.

Abbiamo deciso che le figure che devono essere rappresentate nel panel devono includere almeno un Pediatra di Libera Scelta, un Medico di Medicina Generale, un Geriatra, un operatore di Sanità Pubblica, un Medico dello Sport, un rappresentante delle scuole e delle infrastrutture.

3.3 Risultati

Le Linee Guida reperite dai vari database interrogati, che rientravano nei criteri di inclusione, sono state in totale 23. In Tabella 14 è riportato il numero di documenti reperiti per ogni singolo database.

Database interrogati	Risultati	LG pertinenti
National Guideline Clearinghouse – Stati Uniti	51	7
NICE	110	8
PubMed	55 con strategia 1 9 con strategia 2	4
Community Guide	64	3
Google	-	3
TRIP Database	114	2
SIGN	28	1
Clinical Practice Guidelines-Canada (CMA)	6	2
Canadian Task Force on Preventive Health Care	0	0
New Zealand Guidelines Group	6	0

Totali (con esclusione delle LG ripetute)	443	30 (23)
--	------------	----------------

Tabella 14. Database interrogati e risultati della ricerca dopo lettura degli abstract

Dalla lettura del full-text altre 9 Linee Guida sono state escluse e la nostra analisi si è quindi dapprima focalizzata su 13 LG. Dopo lettura della bibliografia delle 13 LG pertinenti è stata recuperata una ulteriore Linea Guida, pertanto i documenti totali inclusi nella analisi sono stati alla fine 14. (Tabella 15; in Appendice 4 è riportato il titolo delle LG per esteso).

	Reperita da	Anno	Autore o ente	Paese	Popolazione target	Setting
LG 1	NICE	2009	NHS	UK	Giovani fino ai 18 anni e loro famiglie/tutori	Comunità, scuola
LG 2	Clearinghouse	2005	Adams	USA	Bambini (6-14 anni)	Scuola
LG 3	TRIP database	2005	RNAO	Canada	Bambini e adolescenti (0-18 anni) e loro famiglie	Ambulatori, scuole e comunità
LG 4	PubMed	1997	CDC	USA	Bambini dall'età dell'asilo fino al 12° grado	Scuole e comunità
LG 5	Recuperato dalla bibliografia	2007	Haskell	USA	Adulti	Comunità
LG 6	Clearinghouse	2007	Nelson	USA	Anziani	Comunità
LG 7	Clearinghouse	2007	Jitramontree	USA	Anziani	Comunità
LG 8	CDC	2008	U.S. Department of Health and Human services	USA	Popolazione generale	Comunità
LG 9	NICE	2008	NHS	UK	Popolazione generale	Comunità, Luoghi di lavoro
LG 10	Google	2006	Canadian Medical Association	Canada	Popolazione generale	Comunità, scuole, luoghi di lavoro, ambulatori, università
LG 11	TRIP database	2007	Lau (CMAJ)	Canada	Popolazione generale	Ambulatori
LG 12	NICE	2006	NHS	UK	Popolazione generale	Comunità
LG 13	PubMed	2001	CDC	USA	Popolazione generale	Comunità, scuola, casa
LG 14	NICE	2008	NHS	UK	Popolazione in età lavorativa	Luoghi di lavoro

Tabella 15. LG individuate in seguito alla lettura del full-tex.

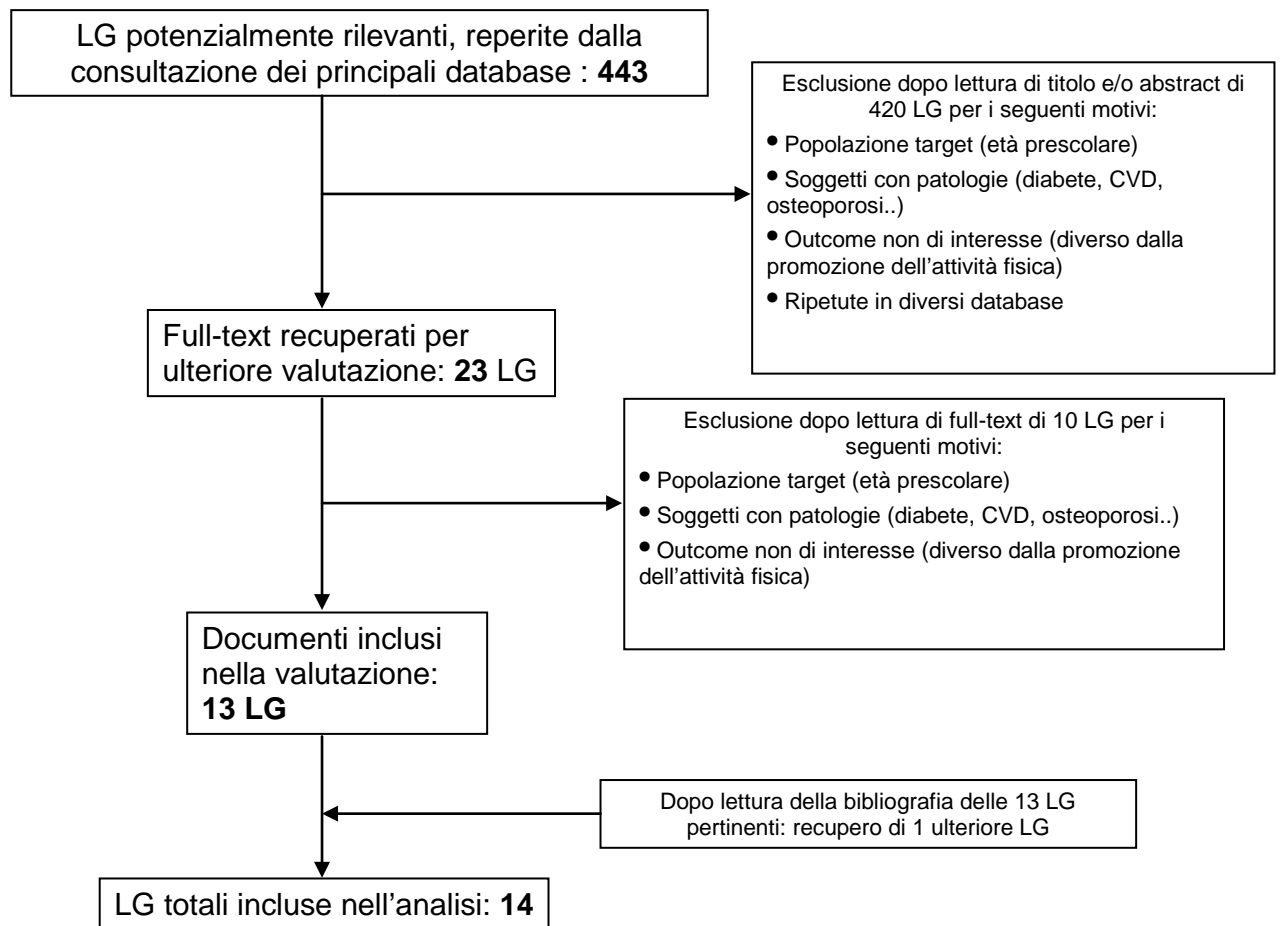


Figura 16. Schema della letteratura considerata

La ricerca ha portato all'individuazione di 14 LG pertinenti alle quali corrispondono 199 raccomandazioni, di cui 135 dotate di grading e sulle quali abbiamo focalizzato principalmente la nostra attenzione, 34 sprovviste di grading e 35 che abbiamo deciso di tenere separate, quelle elaborate da parte del National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE) in quanto non dotate di grading, ma frutto comunque di un lavoro molto laborioso e impegnativo.

La suddivisione delle raccomandazioni per popolazione target ha portato all'individuazione di 79 raccomandazioni che hanno come destinatari finali bambini e adolescenti, 18 raccomandazioni dedicate alla promozione dell'attività fisica nella popolazione adulta (18-65 anni), 64 raccomandazioni dedicate agli anziani (>65 anni), 25 raccomandazioni rivolte alla popolazione generale, 5 raccomandazioni per la popolazione in età lavorativa e 8 raccomandazioni per categorie particolari di adulti (adulti con patologie croniche o disabilità e donne in gravidanza) (Figura 17).

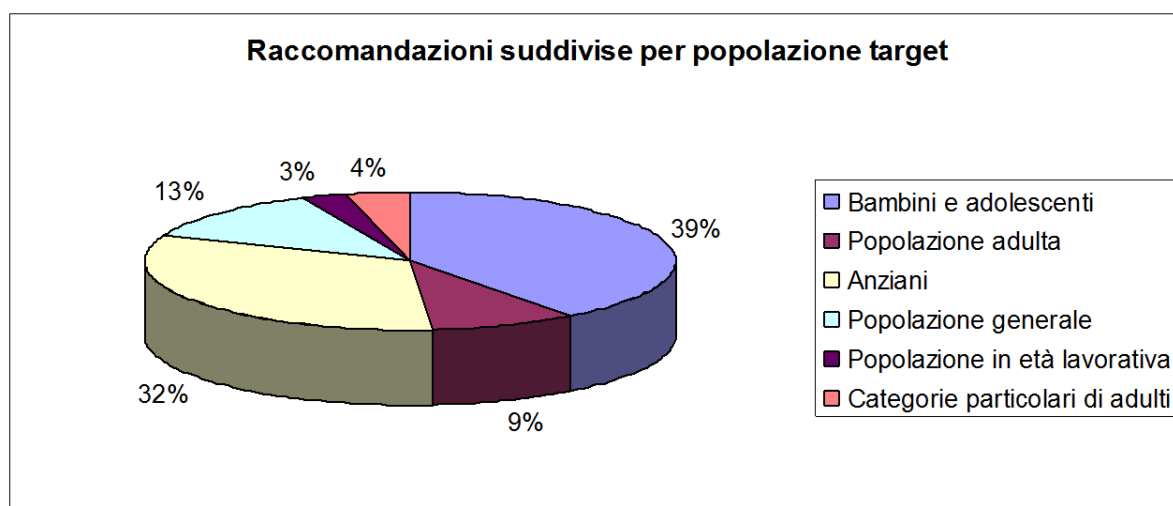


Figura 17. Raccomandazioni suddivise per popolazione target

3.4 Discussione

Riteniamo che al fine di rendere il più snello possibile il lavoro dei destinatari di una Linea Guida sia molto utile fornire ogni raccomandazione di un grading.

Al momento di suddividere le raccomandazioni estrapolate dalle diverse LG secondo il tipo di forza in base a quanto assegnato dagli autori, ci siamo trovati in difficoltà in quanto ogni gruppo estensore ha utilizzato una propria precipua tipologia di grading (in Appendice 5 riportiamo per ogni LG in cui era stata attribuita la tipologia di grading adottata).

Il grading, ossia la valutazione della qualità delle prove di efficacia e il giudizio sulla forza della raccomandazione, come abbiamo visto nel Capitolo 2 può essere condotto nei modi più disparati: alcune organizzazioni utilizzano lettere (A, B, C...), altre numeri (I, II, III...), altre ancora un sistema misto in cui sono presenti sia lettere che numeri (Ia, Ib, IIa...); in altri casi viene dato un giudizio sintetico a parole (fortemente raccomandato, raccomandazione forte). Pensiamo sia importante soprattutto avere presente se le raccomandazioni hanno alle spalle una revisione della letteratura o provengono invece da consenso e, nel caso provengano da una revisione della letteratura, è fondamentale sapere il grado di esaustività con cui questa è stata condotta.

E' recente il tentativo da parte di un gruppo di professionisti (il gruppo di lavoro GRADE) di sviluppare un sistema di facile lettura capace di prendere in considerazione tutti i possibili aspetti, ma non si è ancora verificato l'utilizzo sistematico di un sistema unificato come il GRADE da parte delle organizzazioni interessate.

Il National Institute for Health and Clinical Excellence (NICE), ha scelto di non attribuire una forza alle raccomandazioni di Sanità Pubblica ("NICE's public health recommendations

are not graded”); un grading è invece attribuito dal NICE alle prove estrapolate dai singoli studi primari, della cui sintesi le raccomandazioni finali rappresentano il prodotto. Molta attenzione è però riposta dall’ente al modo con cui le raccomandazioni stesse sono formulate, distinguendo tra interventi che **devono** essere attuati, interventi che **dovrebbero** essere attuati, interventi che **potrebbero** essere messi in atto e interventi che **non dovrebbero** essere introdotti⁹⁵.

Viste le peculiari modalità di lavoro adottate, abbiamo deciso di tenere separate le raccomandazioni del NICE, mentre, allo scopo di cercare di facilitare il compito degli esperti, dopo aver operato un confronto fra le varie definizioni adottate da ciascun ente, abbiamo associato a ciascuna raccomandazione inclusa nella LG un *smiley* per comunicare in modo rapido e intuitivo agli esperti del panel la nostra preliminare valutazione sulla raccomandazione (vedi appendice 6).

Il lavoro di costruzione delle raccomandazioni vere e proprie della nostra LG verrà svolto grazie all’affiancamento di un panel multidisciplinare di esperti. Al panel di esperti spetterà il compito di revisionare la lista dei quesiti già elaborata dal gruppo coordinatore, collaborare alla stesura e revisione delle raccomandazioni. Si prevede che il Panel lavori soprattutto per via elettronica, ma verranno anche organizzati dal gruppo di coordinamento 2-3 riunioni di Panel. Spetterà al panel il compito di proporre per ogni raccomandazione una specifica forza che deriverà dal grado di evidenza, ossia da quanto emerso dall’analisi della letteratura scientifica e dal grado di rilevanza, parametro che tiene conto dell’applicabilità della raccomandazione al nostro specifico contesto.

Il consenso sulle raccomandazioni così formulate verrà infine cercato convocando un qualificato gruppo di stakeholder appartenenti alle diverse categorie professionali e gruppi sociali interessati all’applicazione dei programmi valutati (Gruppo di Consultazione Allargato).

⁹⁵ Methods for the development of NICE public health guidance (second edition), 2009: 125-127

CAPITOLO 4. CONCLUSIONI E PROSPETTIVE

Il Ministero della Salute per definire e attuare progetti nell'ambito delle azioni generali di intervento della Direzione operativa del CCM (Centro per il Controllo e la prevenzione delle Malattie), si è avvalso a partire dal 2004 della collaborazione dell'Agenzia Regionale di Sanità della Regione Toscana (ARS), come "expertise" per la realizzazione di varie iniziative in ambito sanitario.

Il 4 Aprile 2008 è stato approvato il progetto denominato "Costruzione di un Network per la ricerca dell'efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla popolazione e la diffusione della cultura scientifica nelle strutture di Sanità Pubblica – Evidence Based Prevention", che ha visto la costituzione di una rete CCM per l'EBP composta da ARS e due centri di ricerca (Cattedra di Igiene dell'Università del Piemonte Orientale e Istituto di Igiene dell'Università Cattolica di Roma). Tra gli obiettivi del progetto vi sono la costruzione di un network per l'efficacia dei programmi di prevenzione, la produzione di un Dossier metodologico e la produzione e diffusione di Linee Guida relative a problemi di Sanità Pubblica.

All'agenzia Regionale di Sanità della Toscana spetta la produzione di una Linea Guida con il tema: "Contrasto alla sedentarietà".

La costruzione di una Linea Guida di Sanità Pubblica, come abbiamo visto, è un processo lungo e laborioso. Rispetto a un processo per lo sviluppo di un analogo documento in ambito clinico, il problema in esame è generalmente gravato da una maggiore complessità, essendo di norma previsto il coinvolgimento di diversi gruppi di portatori di interesse ed essendo gli interventi da effettuare estremamente compositi. Per tale motivo è importante la disponibilità di un manuale metodologico per chi si voglia cimentare nella produzione di una Linea Guida di Sanità Pubblica. Nella prima parte di questa tesi abbiamo provato a delineare le principali tappe che devono essere seguite nel processo di produzione di una Linea Guida di Sanità Pubblica.

Nella seconda parte abbiamo descritto la parte preliminare del lavoro che porterà alla stesura della Linea Guida per il contrasto alla sedentarietà. Il progetto, iniziato nel mese di Giugno del 2008, sarà portato a termine entro la fine del prossimo anno (2010).

Al momento attuale le tappe che sono state già percorse sono le seguenti:

1. Congiuntamente con gli altri due centri coinvolti nel progetto CCM, sono state individuate le tappe per la costruzione di raccomandazioni

2. Il nostro gruppo ha quindi elaborato il “modello logico” per il Programma di Salute Pubblica “contrasto alla sedentarietà e promozione dell’attività fisica”
3. ed effettuato una approfondita ricerca della letteratura sui database considerati più importanti al fine di individuare i quesiti rilevanti a partire dalle raccomandazioni.
4. Il gruppo di coordinamento ha formulato i quesiti in modo che fosse esplicitato per ognuno l’ente o l’autore che ha commissionato la LG, l’anno di pubblicazione, il contesto locale a cui la LG fa riferimento, i destinatari e la popolazione target, il setting, l’outcome e la fonte da cui la LG è stata reperita.
5. E’ stata effettuata una valutazione preliminare delle raccomandazioni da parte del gruppo di coordinamento, per orientare e semplificare il lavoro del panel.
6. Sono stati individuati gli esperti cui chiederemo di far parte del panel multidisciplinare che avrà il fondamentale compito di rivedere e di valutare le raccomandazioni estrapolate dalle linee guida internazionali. Le figure coinvolte saranno un Pediatra di Libera Scelta, un Medico di Medicina Generale, un Geriatra, un operatore di Sanità Pubblica, un Medico dello Sport, un rappresentante delle scuole e delle infrastrutture.

Cosa rimane da fare:

Agli esperti che accetteranno di far parte del panel multidisciplinare verrà richiesto di esprimere un giudizio sui quesiti estrapolati alla luce della applicabilità al contesto locale, riempiendo una griglia di valutazione che avremo cura di includere con ciascuna raccomandazione.

Verranno quindi convocati vari stakeholder e associazioni di cittadini a far parte del cosiddetto gruppo di consultazione allargato, che assieme al panel e al gruppo di coordinamento discuterà sulla bozza di documento fino a quando non sarà raggiunto un consenso unanime.

Il lavoro non terminerà con la stesura del documento finale: perché una Linea Guida di Sanità Pubblica ottenga i successi sperati è essenziale che il documento sia fatto circolare e sia disseminato in modo da raggiungere quanti più utenti finali possibile, risultando di particolare utilità specialmente per coloro che ne potrebbero trarre i maggiori benefici. Sarà cura del gruppo di coordinamento stabilire tempi e modalità di distribuzione.

Molti degli interventi enunciati dalle raccomandazioni implicano l’azione da parte di decisori politici e autorità locali. Affinché ricercatori e decisori politici non facciano parte di due “universi paralleli”, è molto importante che si stabilisca una reale comunicazione tra le

due parti. Come sottolineato da Brownson e collaboratori in un recente articolo⁹⁶, per ottenere risultati concreti nel campo della Sanità Pubblica, le politiche sanitarie devono essere attuate secondo un processo continuativo che faccia capo alle migliori prove di efficacia disponibili, sia di tipo quantitativo che qualitativo. Siamo dell'avviso che compito del ricercatore non sia solo quello di offrire le migliori evidenze scientifiche possibili, ma anche quello di assicurarsi che il messaggio possa essere facilmente recepito da tutti e che i risultati ottenuti siano comunicati in maniera appropriata, tenendo conto delle diverse tipologie di interlocutore con cui si intende stabilire un'interazione. Abbiamo previsto di distribuire assieme al documento esteso un opuscolo di accompagnamento, in cui saranno schematicamente sintetizzate le raccomandazioni elaborate. Compito nostro sarà inoltre quello di verificare che a seguito della diffusione della LG, si determinino cambiamenti secondo un approccio incrementale piuttosto che attraverso una strategia del tipo "tutto o nulla": dovremo esser pronti a rivedere la Linea Guida qualora si manifestino delle impossibilità alla attuazione di certi interventi enunciati e garantire un aggiornamento almeno biennale della Linea Guida.

96 Cfr. Nota 84

Appendice 1

Strumento per la valutazione della metodologia utilizzata per la stesura di revisioni sistematiche utilizzato dall'ente Health-evidence, disponibile al sito http://www.health-evidence.ca/downloads/QA%20tool_Doc%204.pdf [accesso 27/07/2009]

CRITERION		YES	NO
1. Did the authors have a clearly focused question [population, intervention (strategy), and outcome(s)]?			
2. Were appropriate inclusion criteria used to select primary studies?			
3. Did the authors describe a search strategy that was comprehensive? (Circle all strategies used) health databases handsearching psychological databases key informants social science databases reference lists educational databases unpublished other _____			
4. Did search strategy cover an adequate number of years?			
For questions 5, 6, and 8, please choose the column relating to the appropriate methodology. Strike a line through the column that does not apply.			
5. <i>Quantitative reviews:</i> Did the authors describe the level of evidence in the primary studies included in the review? Level I (RCTs only) Level II (non-randomized, cohort, case-control studies) Level III (uncontrolled studies)	5. <i>Qualitative reviews:</i> Do the authors provide a clear description of the range of methods in each of the primary studies included in the review?		
6. <i>Quantitative reviews</i> Did the review assess the methodological quality of the primary studies, including: (minimum requirement: 4/7 of the following) ▪ research design ▪ study sample ▪ participation rates ▪ sources of bias (confounders, respondent bias) ▪ data collection (measurement of independent/dependent variables) ▪ follow-up/attrition rates ▪ data analysis	6. <i>Qualitative reviews</i> Did the review assess the methodological quality of the primary studies, including: (minimum requirement: 4/7 of the following) ▪ suitability of methodology/paradigm to the research question ▪ sampling (selection of participants/settings /documentation) ▪ clear description of context, data collection and data analysis ▪ rigor: i)audit trail ii)some coding by 2 or more coders, if appropriate iii)deviant case analysis (negative cases) iv)respondent validation (member checking) ▪ triangulation ▪ reflexivity (researcher and research process) ▪ relevance (credibility, consistency, applicability, transferability)		
7. Are the results of the review transparent?			
8. Quantitative review: Was it appropriate to combine the findings of results across studies?	8. Qualitative review: Is there a description of how reviewers determined results were similar enough across studies to compare or combine them?		
9. Were appropriate methods used for combining or comparing results across studies?			
10. Do the data support the author's interpretation?			

TOTAL SCORE: _____

QUALITY ASSESSMENT RATING (circle one)

(total score 7-10)
STRONG

(total score 5-6)
MODERATE

(total score 4 or less)
WEAK

Appendice 2

Passi per la stesura di una “revisione realistica” secondo il modello sviluppato da Pawson e collaboratori e descritto nell’articolo Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review- a new method for systematic review designed for complex policy interventions. J Health Serv Res Policy. Vol 10 Suppl 1 July 2005

Step 1: Clarify scope

a. Identify the review question

Nature and content of the intervention

Circumstances or context for its use

Policy intentions or objectives

b. Refine the purpose of the review

Theory integrity – does the intervention work as predicted?

Theory adjudication – which theories fit best?

Comparison – how does the intervention work in different settings, for different groups?

Reality testing – how does the policy intent of the intervention translate into practice?

c. Articulate key theories to be explored

Draw up a ‘long list’ of relevant programme theories by exploratory searching (see Step 2)

Group, categorize or synthesize theories

Design a theoretically based evaluative framework to be ‘populated’ with evidence

Step 2: Search for evidence

a. Exploratory background search to ‘get a feel’ for the literature

b. Progressive focusing to identify key programme theories, refining inclusion criteria in the light of emerging data

c. Purposive sampling to test a defined subset of these theories, with additional ‘snowball’ sampling to explore new hypotheses as they emerge

d. Final search for additional studies when review near completion

Step 3: Appraise primary studies and extract data

a. Use judgement to supplement formal critical appraisal checklists, and consider ‘fitness for purpose’:

Relevance – does the research address the theory under test?

Rigour – does the research support the conclusions drawn from it by the researchers or the reviewers

b. Develop ‘bespoke’ set of data extraction forms and notation devices

c. Extract different data from different studies to populate evaluative framework with evidence

Step 4: Synthesize evidence and draw conclusions

a. Synthesize data to achieve refinement of programme theory – that is, to determine what works for whom, how and under what circumstances

b. Allow purpose of review (see Step 1b) to drive the synthesis process

c. Use ‘contradictory’ evidence to generate insights about the influence of context

d. Present conclusions as a series of contextualized decision points of the general format ‘If A, then B’ or ‘In the case of C, D is unlikely to work’.

Step 5: Disseminate, implement and evaluate

a. Draft and test out recommendations and conclusions with key stakeholders, focusing especially on levers that can be pulled in hereand-now policy contexts

- b. Work with practitioners and policy-makers to apply recommendations in particular contexts
- c. Evaluate in terms of extent to which programmes are adjusted to take account of contextual influences revealed by the review: the 'same' programme might be expanded in one setting, modified in another and abandoned in another

Appendice 3

Lettera al panel di esperti

Gentile Dottoressa/ Dottore,

nell'ambito del progetto ministeriale del CCM **“Costruzione di un network per la ricerca dell'efficacia dei programmi di prevenzione rivolti alla popolazione e la diffusione della cultura scientifica nelle strutture di sanità pubblica”** affidato al gruppo E.B.P. (Evidence Based Prevention) dell' Agenzia Regionale di Sanità Toscana, è prevista la realizzazione di una *Linea Guida di sanità pubblica* dal titolo **“Lotta alla sedentarietà (inclusa idoneità attività sportiva non agonistica)”**, che verrà inclusa nel sistema nazionale delle Linee Guida (SNLG).

Scopo della Linea Guida che vorremmo realizzare è giungere a raccomandazioni di comportamento inerenti gli interventi più appropriati nella lotta alla sedentarietà, che possano indirizzare l'attività di decisori politici e di professionisti sanitari e non, che a vario titolo si occupano di questa tematica.

Per giungere a tali raccomandazioni è necessario che il gruppo di coordinamento, costituito dai componenti del Gruppo per la Evidence Based Prevention della Regione Toscana, coinvolga un panel di esperti, che per la loro professionalità dimostrata relativamente a questo problema di sanità pubblica, possano fornire un supporto nell'elaborazione di alcune fasi della Linea Guida.

A questo proposito ti chiediamo la tua disponibilità a far parte del **panel di esperti** per la realizzazione della Linea Guida.

Date la complessità e la multidisciplinarietà dell'argomento, il panel sarà costituito da esperti appartenenti a differenti realtà professionali: un Pediatra di Libera Scelta, un Medico di Medicina Generale, un operatore di Sanità Pubblica, un Medico dello Sport, un rappresentante delle scuole e delle infrastrutture.

Il compito del panel sarà:

- esprimere un giudizio circa le prove di efficacia raccolte per la formulazione di raccomandazioni sulle politiche di Sanità Pubblica in relazione alla promozione dell'attività fisica nella popolazione generale.
- valutare tra tutti gli interventi presi in considerazione dai singoli quesiti, quelli che, dopo confronto e condivisione all'interno del gruppo, vengano ritenuti interventi rilevanti, in quanto applicabili al nostro contesto nazionale: il panel assegnerà ad ogni raccomandazione una specifica forza che deriverà dal grado di evidenza, ossia da quanto emerso dall'analisi della letteratura scientifica, e dal grado di rilevanza, parametro che tiene conto dell'applicabilità della raccomandazione al nostro specifico contesto.
- verificare che siano stati presi in considerazione tutti gli aspetti del problema di sanità pubblica in esame: nel caso in cui importanti aspetti non siano stati analizzati, il gruppo di coordinamento provvederà ad effettuare una nuova ricerca della letteratura e ad aggiungere nuovi quesiti.

La tua adesione è su base volontaria: è previsto unicamente il rimborso per le spese di trasporto per la partecipazione ai due incontri tra gruppo di coordinamento e panel di esperti.

Un primo incontro si terrà nel mese di ...: a tutti gli esperti che si sono resi disponibili a partecipare al progetto, il gruppo di coordinamento presenterà il progetto nel dettaglio.

Nel mesi di... verrà organizzato un incontro conclusivo in cui verranno presentate le raccomandazioni formulate sulla base delle indicazioni fornite dagli esperti.

Aspettiamo una tua risposta e ti ringraziamo anticipatamente per la tua disponibilità.

FIRMA

Appendice 4

Bibliografia delle Linee Guida considerate:

1) Promoting physical activity, active play and sport for pre-school and school-age children and young people in family, pre-school, school and community settings NICE Public health guidance n.17, January 2009

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH017Guidance.pdf>

2) Adams S, Bagby K. Increasing physical activity in schools: kindergarten through eighth grade. Iowa City (IA): University of Iowa Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2005

http://www.guideline.gov/summary/summary.aspx?ss=15&doc_id=8111&nbr=&string

3) RNAO (Registered Nurses' Association of Ontario) Primary prevention of childhood obesity

http://www.rnao.org/Storage/12/620_BPG_childhood_obesity.pdf

4) Guidelines for school and community programs to promote lifelong physical activity among young people. Centers for Disease Control and Prevention. MMWR Recomm Rep. 1997 Mar 7;46(RR-6):1-36

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00042446.htm>

5) Haskell W et al. Physical activity and Public Health: updated recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Medicine & Science in Sport & Exercise. 2007: 1423-1434

http://www.acsm.org/AM/Template.cfm?Section=Home_Page&Template=/CM/ContentDisplay.cfm&ContentID=7788

6) Nelson M et al. Physical activity and Public Health in Older Adults. Recommendation from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association. Circulation 2007;116:1094-1105

<http://www.circ.ahajournals.org/cgi/reprint/CIRCULATIONAHA.107.185650v1>

7) Jitramontree N. Evidence-based protocol. Exercise promotion: walking in elders. Iowa City (IA): University of Iowa Gerontological Nursing Interventions Research Center, Research Dissemination Core; 2001 Feb. 53 p.

http://www.guideline.gov/summary/pdf.aspx?doc_id=10948&stat=1&string=

8) 2008 Physical activity guidelines for Americans

<http://www.health.gov/PAGuidelines/pdf/paguide.pdf>

9) Promoting and creating built or natural environments that encourage and support physical activity. NICE Public health guidance 8, January 2008

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH008guidance.pdf>

10) Mc Millan Canadian Medical Association. Study on childhood obesity Oct 2006

11) Lau DC, Douketis JD, Morrison KM, Hramiak IM, Sharma AM, Ur E; Obesity Canada Clinical Practice Guidelines Expert Panel. 2006 Canadian clinical practice guidelines on the management and prevention of obesity in adults and children CMAJ 2007 Apr 10;176(8) <http://www.cmaj.ca/cgi/content/full/176/8/S1/DC1>

12) Four commonly used methods to increase physical activity: brief interventions in primary care, exercise referral schemes, pedometers and community-based exercise programmes for walking and cycling. NICE Public Health Interventions Guidance no.2

http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH002_physical_activity.pdf

13) Increasing physical activity. A report on recommendations of the Task Force on Community Preventive Services. MMWR Recomm Rep. 2001 Oct 26;50(RR-18):1-14.

<http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5018a1.htm>

14) Workplace health promotion: how to encourage employees to be physically active. Nice public health guidance 13, May 2008

<http://www.nice.org.uk/nicemedia/pdf/PH013Guidance.pdf>

Appendice 5

Sistemi di grading utilizzati nelle diverse linee guida

Le raccomandazioni del NICE (LG1, LG9, LG12 e LG14) e le raccomandazioni delle LG 4, LG 8 e LG10 non sono dotate di grading.

LG 2

A. Prove di efficacia ottenute da metanalisi ben disegnate
B. Prove di efficacia ottenute da trial ben disegnati, sia randomizzati che non, con risultati che supportano in maniera consistente un' azione specifica
C. Prove di efficacia ottenute da studi osservazionali o trial controllati con risultati inconsistenti.
D. Prove di efficacia ottenute da opinioni di esperti o case report multipli

LG 3

Ia	Prove di efficacia ottenute da metanalisi o revisioni sistematiche di RCT
Ib	Prove di efficacia ottenute da almeno un RCT ben disegnato
IIa	Prove di efficacia ottenute da almeno un trial ben disegnato senza randomizzazione Prove di efficacia ottenute da un altro tipo di studio ben disegnato quasi sperimentale, senza randomizzazione
	Prove di efficacia ottenute da studi descrittivi non sperimentali ben disegnati, come studi comparativi, di correlazione e case studies.
	Prove di efficacia ottenute da opinioni di esperti e/o esperienze cliniche di autorevoli professionisti

LG 5 e LG 6:

Classificazione delle raccomandazioni:

I Condizioni per le quali c'è evidenza e/o accordo generale che una data procedura o un dato trattamento sono utili ed efficaci
II Condizioni per le quali le evidenze scientifiche sono in conflitto e/o vi è divergenza di opinioni circa l'utilità/efficacia di una procedura o di un trattamento <ul style="list-style-type: none">• IIa: Il peso delle evidenze scientifiche/opinioni è a favore dell'utilità/efficacia• IIb: Le evidenze scientifiche/opinioni di esperti non sono in grado di stabilire con certezza l'utilità/efficacia
III Condizioni per le quali c'è evidenza e/o accordo generale che la procedura/trattamento in esame non è utile/efficace e che in alcuni casi possa essere dannoso

Livelli di evidenza:

A Dati derivano da RCT multipli
B Dati derivano da un unico RCT o da studi non randomizzati
C Dati derivati da consenso o opinioni di esperti

LG 7

A1 Prove di efficacia ottenute da metanalisi ben disegnate o da revisioni sistematiche con risultati che supportano in maniera consistente un'azione specifica (es.: una valutazione, intervento o trattamento)
A2 Prove di efficacia ottenute da uno o più RCT con risultati consistenti
B1 Prove di efficacia ottenute da Linee Guida di alta qualità
B2 Prove di efficacia ottenute da uno o più studi quasi sperimentali con risultati consistenti
C1 Prove di efficacia ottenute da studi osservazionali con risultati consistenti (es. studi di correlazione, studi descrittivi)
C2 Prove di efficacia inconsistenti ottenute da studi osservazionali o trial controllati
D Prove di efficacia derivante dall'opinione di esperti, consenso o report di casi multipli

LG 11

Criteria per l'assegnazione di un livello di evidenza alle raccomandazioni
Livello di evidenza 1: RCT (o metanalisi) senza limiti importanti
Livello di evidenza 2: RCT (o metanalisi) con importanti limiti Studi osservazionali (trial clinici non randomizzati o studi di coorte) con forti risultati inequivocabili
Livello di evidenza 3: Altri studi osservazionali (studi di coorte prospettici, studi caso-controllo, serie di casi)
Livello di evidenza 4: Dati non adeguati a mancanza di dati per la popolazione di interesse Prove di efficacia di tipo aneddótico o derivanti dall'esperienza clinica

Criteria per l'assegnazione della forza della raccomandazione
A Raccomandazione forte I benefici superano di gran lunga i rischi o viceversa Evidenza 1, 2 o 3

<p>B Raccomandazione intermedia</p> <p>Non è chiaro se i benefici superano i rischi</p> <p>Livello di evidenza è 1, 2 o 3</p>
<p>C Raccomandazione derivante da consenso</p> <p>Non è chiaro se i benefici superano i rischi</p> <p>Il livello di evidenza è 3 o 4</p>

LG 13

Adeguatezza del disegno dello studio per valutare l'efficacia

<p>Elevata</p> <p>Gruppi di controllo concomitanti e misure successive di esposizione e outcome</p>
<p>Moderata</p> <p>Tutti i disegni retrospettivi o i disegni con misurazioni multiple pre o post ma senza gruppo di controllo concomitante</p>
<p>Bassa</p> <p>Misurazioni singole pre e post senza gruppo di controllo concomitante o esposizione e outcome misurati su un singolo gruppo nello stesso momento</p>

Valutazione della forza di un corpus di prove di efficacia relativo a interventi di popolazione nella Guide to Community Preventive Services

Prove di efficacia	Esecuzione: buona o discreta	Adeguatezza del disegno: massima, media o minima	Numero di studi	Coerenza	Entità degli studi	Parere di esperti
Forte	Buona	Massima	Almeno 2	Sì	Sufficiente	Non utilizzato
	Buona	Massima o media	Almeno 5	Sì	Sufficiente	Non utilizzato
	Buona o discreta	Massima	Almeno 5	Sì	Sufficiente	Non utilizzato
	Vengono soddisfatti i criteri relativi al disegno, esecuzione				Elevata	Non utilizzato






	e coerenza per prove di efficacia sufficienti ma non forti					
Sufficiente	Buona	Massima	1	Non applicabile	Sufficiente	Non utilizzato
	Buona o discreta	Massima o media	Almeno 3	Sì	Sufficiente	Non utilizzato
	Buona o discreta	Massima, media o minima	Almeno 5	Sì	Sufficiente	Non utilizzato
Parere di esperti	Variabile	Variabile	Variabile	Variabile	Sufficiente	A sostegno di una raccomandazione
Insufficiente	A. Disegni o esecuzioni insufficienti		B. Numero di studi insufficiente	C. Incoerente	D. Insufficiente	E. Non utilizzato

Corrispondenza fra forza delle prove di efficacia e forza delle raccomandazioni	
Forza delle prove di efficacia	Raccomandazione
Forti	Fortemente raccomandato
Sufficienti	Raccomandato
Dati empirici insufficienti integrati dal parere di esperti	Raccomandato sulla base del parere di esperti
Insufficienti	Gli studi disponibili non forniscono prove di efficacia sufficienti ai fini della valutazione
Prove forti o sufficienti attestano l'inefficacia o il danno	Sconsigliato

Appendice 6

Raccomandazioni suddivise per popolazione target

Avendo ritenuto impossibile arrivare ad una classificazione univoca per la forza delle raccomandazioni, poiché gli enti utilizzano scale non commensurabili, abbiamo associato ciascuna raccomandazione a smileys o simboli secondo i seguenti criteri:

-  Per le raccomandazioni alle quali è stato attribuito il miglior grado di evidenza possibile tra quelli utilizzati dagli autori
-  Per le raccomandazioni alle quali è stato attribuito un grado intermedio di evidenza tra quelli utilizzati dagli autori
-  Quando è necessario siano svolti ulteriori studi per poter affermare con certezza l'utilità di intraprendere le attività raccomandate
-  Per le raccomandazioni derivanti dall'opinione di esperti, da consenso o report di casi multipli
-  Per le raccomandazioni che gli autori ritengono non siano supportate da prove convincenti. Nonostante diverse siano le LG che prevedono questo tipo di grading, solamente in una, la LG7, gli autori si sono sentiti in dovere di riportare le raccomandazioni di attività da non intraprendere
- Laddove **mancono simboli** significa che la raccomandazione non è stata dotata di un grading da parte degli autori
- Le raccomandazioni del NICE sono state tenute separate dalle altre per le ragioni spiegate nel paragrafo 3.4

RACCOMANDAZIONI PER BAMBINI E ADOLESCENTI

Raccomandazione n. 1 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica, la salute fisica e mentale e stabilire pattern di comportamenti salutari e duraturi nei bambini fino a 14 anni, gli infermieri, gli operatori sanitari e gli operatori di sanità pubblica dovrebbero determinare l'esecuzione di 30 minuti di attività fisica di intensità moderata/vigorosa giornaliera in orario scolastico (ad esempio aumentando il numero di pause, il tempo impiegato in attività fisica moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica e nella ricreazione) e un minimo di un'ora nelle 24 ore
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 2 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero garantire che almeno il 50% delle lezioni di educazione fisica sia impiegato in attività fisica moderata/vigorosa. Potrebbero essere necessario modificare contenuti e struttura delle lezioni: sono preferibili classi più piccole, spazi più grandi, sport come calcio piuttosto che softball
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 3 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero sviluppare una gestione efficiente della lezione in modo da ridurre il tempo in cui i ragazzi apprendono in modo passivo (ad esempio far fare il riscaldamento al momento della verifica delle presenze, ridurre i tempi in cui vengono impartite le istruzioni, istruendo i ragazzi su come entrare e lasciare le lezioni, su quali sono i segnali che indicano di fare silenzio e ascoltare l'insegnante e facendo in modo che le istruzioni vengano date impiegando il tempo strettamente necessario e siano immediatamente comprensibili)
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 4 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica nei bambini fino a 14 anni gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero alternare le varie attività, facendo in modo che tutti gli studenti siano coinvolti in attività motorie per tutto il tempo della lezione
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)

Setting: Scuola
Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 5 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero evitare di proporre sport o giochi in cui i ragazzi possono essere "eliminati" o devono aspettare che arrivi il loro turno per poter giocare (altrimenti dovrebbero prevedere l'esecuzione di attività alternative da parte dei ragazzi che devono stare momentaneamente in pausa)
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 6 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero aggiungere attività (come il calcio) che prevedono la partecipazione di più studenti
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 7 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica, dovrebbero impiegare parte del tempo per insegnare ai bambini attività che possono essere eseguite anche al di fuori dell'orario scolastico e per tutta la vita, come aerobica, danza, jogging, frisbee o pilates
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 8 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante le ore di educazione fisica nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero utilizzare "un curriculum pre-sviluppato" (es. SPARK e CATCH)
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola

Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 9 😊

Autore: Adams

Anno di pubblicazione: 2005

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante la ricreazione nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero insegnare come utilizzare correttamente le attrezzature presenti nel campo giochi durante la ricreazione (il campo dovrebbe rappresentare un luogo sicuro e divertente per tutti i bambini)
--

Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
--

Setting: Scuola

Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 10 😊

Autore: Adams

Anno di pubblicazione: 2005

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante la ricreazione nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero offrire il loro supporto ai ragazzi, incoraggiandoli a svolgere attività durante la ricreazione
--

Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
--

Setting: Scuola

Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 11 😊

Autore: Adams

Anno di pubblicazione: 2005

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante la ricreazione nei bambini fino a 14 anni, gli insegnanti di educazione fisica dovrebbero aumentare il numero di palle presenti nel campo sportivo

Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
--

Setting: Scuola

Destinatari: Insegnanti di educazione fisica

Raccomandazione n. 12 😊

Autore: Adams

Anno di pubblicazione: 2005

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero incoraggiare la visione della TV e lo svolgimento di altre attività sedentarie per meno di 2 ore giornaliere

Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
--

Setting: Scuola

Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica
--

Raccomandazione n. 13 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica, dovrebbero aumentare nei bambini la consapevolezza del tempo passato in attività sedentarie, impartendo l' insegnamento di tecniche "di auto-monitoraggio"
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 14 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero incoraggiare discussioni di gruppo sul tempo speso davanti al televisore e ai videogiochi per motivare i bambini a ridurre tali comportamenti
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 15 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero sfidare gli studenti a trascorrere una settimana con la TV spenta, durante la quale non possono né guardare TV né giocare a videogame e organizzare brainstorming in cui i bambini sono invitati a elencare una serie di attività alternative divertenti
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 16 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero incoraggiare a sviluppare un programma a breve e lungo termine che preveda la visione di TV e giochi ai videogame per 7 ore al massimo ogni settimana
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 17 😊

Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero insegnare ai ragazzi a guardare la TV in modo selettivo, ad esempio concordando in anticipo il tempo da passare davanti al televisore per guardare programmi di qualità
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 18 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero incoraggiare i bambini a sostenere la "causa" di ridurre l'utilizzo dei media
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 19 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre lo svolgimento di attività sedentarie nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero utilizzare il "curriculum" SMART, appositamente disegnato per ridurre comportamenti sedentari
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 20 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: USA
Raccomandazione Per incrementare l'attività fisica e la capacità aerobica negli studenti, andrebbero realizzati interventi di educazione fisica nelle scuole, andrebbero modificati i programmi e le politiche scolastiche in modo da incrementare la quantità di attività fisica moderata/intensa e la quantità di tempo in cui gli studenti sono attivi e in movimento durante le ore di EF. Gli interventi dovrebbero determinare l'aumento del tempo dedicato all'AF, includere anche attività meno impegnative o la modifica delle regole del gioco. Alcuni interventi possono includere anche l'Educazione alla Salute
Popolazione target: bambini in età scolare
Setting: Scuola
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 21 😊
Autore: Lau (CMJ)

Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre il numero di bambini ed adolescenti sedentari, gli operatori sanitari dovrebbero incoraggiare i bambini e gli adolescenti a ridurre gli atteggiamenti sedentari e il tempo passato davanti a TV o a giocare ai videogiochi
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 22 😊
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di bambini ed adolescenti sedentari, gli operatori sanitari dovrebbero "prescrivere" attività divertenti e ricreative, adattate al bambino ed alla sua famiglia
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 23 😊
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per ottenere perdite di peso significative e ridurre i sintomi correlati all'obesità nei bambini obesi o in sovrappeso, gli operatori sanitari dovrebbero raccomandare, come trattamento principale, una riduzione dell'introito alimentare e lo svolgimento di attività fisica su base regolare
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 24 😊
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre il numero di bambini in sovrappeso ed obesi, gli operatori sanitari dovrebbero attuare dei follow-up almeno trimestrali
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 25 😊
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Gli infermieri dovrebbero promuovere l'attività fisica nei bambini favorendo la modifica dei comportamenti
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Comunità, famiglia
Destinatari: Infermieri

Raccomandazione n. 26 😊
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre la pratica di attività sedentarie, gli infermieri dovrebbero enfatizzare la riduzione del tempo passato davanti alla TV, ai videogiochi e all'utilizzo del computer
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Non specificato
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 27 😊
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'educazione fisica nelle scuole e la qualità dell'attività fisica giornaliera, gli infermieri dovrebbero incrementare le opportunità dedicate all'attività fisica durante la ricreazione e pausa-pranzo, integrando la promozione dell'attività fisica nel programma di studi e supportando e implementando la qualità dell'insegnamento dell'educazione fisica da parte di istruttori qualificati
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 28 😊
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei bambini, gli infermieri dovrebbero disseminare le informazioni relative a strutture presenti nella comunità e incoraggiando lo svolgimento di quelle attività che hanno costo basso o nullo (hiking, camminare...).
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Ambulatori
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 29 😊
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei bambini, gli infermieri dovrebbero sostenere politiche di Sanità Pubblica che includano campagne a livello dell'intera comunità
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Comunità
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 30 😊
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada


Raccomandazione
Per promuovere l'attività fisica con un approccio centrato sulla famiglia, gli infermieri dovrebbero aiutare le famiglie a comprendere le interazioni esistenti tra fattori genetici e fattori ambientali e familiari e fornire una guida precoce nello sviluppo di competenze genitoriali per la promozione di comportamenti salutari, che includano la pratica dell'attività fisica da parte dei bambini
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Casa
Destinatari: Infermieri

Raccomandazione n. 31 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione
Gli infermieri dovrebbero promuovere la pratica dell'attività fisica con strategie appropriate focalizzate al cambiamento dei comportamenti
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Scuola, comunità
Destinatari: Infermieri

Raccomandazione n. 32 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione
Per promuovere l'attività fisica nei bambini, gli infermieri dovrebbero sostenere politiche di Sanità Pubblica che includano programmi di promozione della salute nelle scuole
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri

Raccomandazione n. 33 
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione
Per diminuire il numero di bambini obesi, gli operatori sanitari dovrebbero intraprendere interventi di modifica dei comportamenti che contemplino il coinvolgimento della famiglia
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 34 
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione
Per diminuire il numero di obesi, gli operatori sanitari dovrebbero realizzare programmi che combinino un basso apporto di grassi o una riduzione energetica associati o meno all'esercizio fisico
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 35 
--

Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre il numero di bambini obesi, gli operatori sanitari dovrebbero realizzare interventi sui singoli soggetti volti a limitare il tempo trascorso davanti alla TV o ai videogiochi (max 2 ore al giorno), ad incoraggiare lo svolgimento di livelli maggiori di attività fisica e la riduzione del consumo di cibo
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 36 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante la ricreazione nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero aumentare gli attrezzi presenti sul campo da gioco (canestri per il basket, reti per la pallavolo..)
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 37 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante la ricreazione nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero suggerire di colorare con colori fosforescenti le attrezzature presenti nel campo da gioco dove i bambini fanno ricreazione
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Infermieri, Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 38 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante la ricreazione, la salute fisica e mentale e stabilire pattern di comportamenti salutari duraturi nei bambini fino a 14 anni, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero fare in modo che sulla superficie del campo da gioco dove i bambini fanno ricreazione vengano disegnati labirinti, gioco della campana, castelli, navi dei pirati, scale etc.
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 39 😊
Autore: Adams
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Stati Uniti

Raccomandazione
Per incrementare i livelli di attività fisica di intensità moderata/vigorosa durante la ricreazione nei bambini fino a 14 anni, infermieri, operatori sanitari e operatori di sanità pubblica dovrebbero utilizzare sulla superficie del campo da gioco, dove i bambini fanno ricreazione, modelli già preparati, disegnati specificamente per determinare un aumento dei livelli di attività fisica sul campo da gioco
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino a 14 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Operatori Sanitari, Operatori di Sanità Pubblica


Raccomandazione n. 40 😞
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: USA
Raccomandazione
Per incrementare i comportamenti correlati all'attività fisica, l'educazione alla salute nelle classi scolastiche dovrebbe essere centrata sulla promozione di informazioni e abilità comportamentali (dando informazioni sui fattori di rischio comportamentali correlati all'attività fisica e informazioni su alimentazione, fumo, alcol, abuso di droghe) (Non dovrebbero essere inclusi interventi rivolti al cambiamento del modo in cui viene insegnata attività fisica.; i gruppi di controllo dovrebbero ricevere informazioni di educazione alla salute previsti nei programmi scolastici tradizionali)
Popolazione target: bambini in età scolare
Setting: Scuola
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica


Raccomandazione n. 41 😞
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: USA
Raccomandazione
Per incrementare l'attività fisica gli interventi di educazione alla salute nelle classi dovrebbero essere centrati sulla riduzione del tempo trascorso davanti alla TV e ai videogiochi (strategie comportamentali includono tecniche di auto-monitoraggio, la limitazione dell'uso e la gestione del tempo da trascorrere guardando la TV e giocando ai videogiochi. Il coinvolgimento dei genitori è una parte importante dell'intervento e a tutti i componenti della famiglia è richiesto di monitorare i comportamenti)
Popolazione target: bambini in età scolare
Setting: Scuola
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica


Raccomandazione n. 42 🤝
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione
Gli infermieri dovrebbero promuovere l'attività fisica, promuovendo attività di svago per bambini e adolescenti, di bassa intensità dapprima per poi passare gradualmente ai livelli raccomandati attraverso interventi ripetuti
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Non specificato
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 43 🤝
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005

Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica, gli infermieri dovrebbero discutere e documentare i pattern attività fisica, la pratica di attività sedentarie e monitorare cambiamenti nei pattern di AF nei propri assistiti, annotandone le variazioni nel tempo
Grading: Livello IV: evidenza ottenuta da report di comitato di esperti o opinioni e/o esperienze di autorità riconosciute
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Non specificato
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 44 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei bambini, gli infermieri dovrebbero incoraggiarne la pratica per tutto il ciclo di vita dei loro assistiti, a partire da una età precoce
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Ambulatori
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 45 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Gli infermieri dovrebbero promuovere la pratica dell'attività fisica con strategie appropriate, tenendo conto delle differenze culturali, linguistiche e di genere
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Comunità, famiglia
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 46 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Gli infermieri dovrebbero promuovere la pratica dell'attività fisica con strategie appropriate mediante la programmazione di interventi accessibili e economici
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Comunità, famiglia
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 47 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Gli infermieri dovrebbero promuovere lo svolgimento di attività fisica promuovendo attività di svago per bambini e adolescenti, di bassa intensità dapprima per poi passare gradualmente ai livelli raccomandati
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Famiglia, scuola, comunità


Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 48 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica, la riorganizzazione dell'offerta formativa universitaria e l'educazione continua per infermieri dovrebbero includere la promozione della salute nella popolazione e principi di prevenzione, la discussione di interventi per la promozione dell'attività fisica, la trattazione dei determinanti di salute, di politiche di sanità pubblica e del ruolo degli infermieri nello sviluppo di queste, l'insegnamento di tecniche di ricerca (ricerca della letteratura comprese le revisioni, critical appraisal e analisi, valutazione di programmi, disseminazione dei risultati di ricerca) e interventi focalizzati sull'individuo/sulla famiglia (supporto e counselling) per la promozione di comportamenti salutari e la modifica di comportamenti
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Università o congressi
Destinatari: chi organizza la formazione universitaria e l'educazione continua per gli infermieri


Raccomandazione n. 49 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere la pratica dell'attività fisica, gli infermieri dovrebbero sostenere quelle organizzazioni che sviluppano piani per l'implementazione della stessa basati su prove di efficacia e che includono la valutazione delle barriere all'educazione e il coinvolgimento di tutti gli stakeholder che possono contribuire al miglioramento del processo e alla valutazione dell'efficacia
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Non specificato
Destinatari: Infermieri


Raccomandazione n. 50 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei bambini, gli infermieri dovrebbero sostenere politiche di Sanità Pubblica che includano: monitoraggio e sorveglianza dei livelli di attività fisica nella popolazione
Grading: Livello IV: evidenza ottenuta da report di comitato di esperti o opinioni e/o esperienze di autorità riconosciute
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Comunità e scuola
Destinatari: Infermieri

Raccomandazione n. 51 
Autore: RNAO
Anno di pubblicazione: 2005
Paese: Canada
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei bambini, gli infermieri dovrebbero sostenere politiche di Sanità Pubblica che includano programmi per la promozione della salute nelle comunità
Popolazione target: Bambini normopeso (0-18 anni)
Setting: Comunità
Destinatari: Infermieri

Raccomandazione n. 52 
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre il numero di bambini ed adolescenti sedentari, gli operatori sanitari dovrebbero enfatizzare i benefici di salute a breve termine dell'attività fisica
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori, comunità
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 53 
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di bambini obesi o in sovrappeso, gli operatori sanitari dovrebbero realizzare interventi sulle scuole per la promozione di stili di vita sani e programmi di prevenzione scolastica per la riduzione del rischio di obesità infantile e l'aumento dell'attività fisica giornaliera, attraverso l'educazione fisica in classe ed opportunità per divertirsi in modo attivo
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 54 
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di bambini obesi o in sovrappeso, gli operatori sanitari dovrebbero sviluppare programmi da svolgersi in setting diversi, che abbiano come target il cambiamento degli stili di vita e che coinvolgano i genitori e tutta la famiglia
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori, comunità
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 55 
Autore: Lau (CMJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre il numero di bambini e adulti obesi e sovrappeso, i programmi di prevenzione dell'obesità dovrebbero avere un approccio multisettoriale, interessare varie fasce d'età, sviluppare modalità innovative per migliorare l'accesso, realizzando anche programmi per i cittadini di basso livello socio-economico
Popolazione target: Bambini-adolescenti
Setting: Ambulatori, comunità
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 56
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione

Il consiglio scolastico è in grado di promuovere l'attività fisica nei bambini delle scuole primarie e secondarie facendo svolgere ai bambini almeno 30 minuti di attività fisica in orario scolastico tutti i giorni sotto la supervisione di istruttori qualificati
Popolazione target: Bambini primary e secondary grades
Setting: Scuola
Destinatari: Consiglio scolastico

Raccomandazione n. 57
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 1997
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione I programmi di educazione fisica devono rispondere agli interessi dei ragazzi (es. solitamente le femmine preferiscono aerobica e danza, i maschi giochi di squadra...), sviluppare anche esperienze multiculturali (danze africane..) che possano stimolare l'interesse dei ragazzi verso attività tipiche di altre culture
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino al 12° grado)
Setting: Scuola, Comunità
Destinatari: Istruttori di EF, scuole, genitori, operatori sanitari, autorità locali

Raccomandazione n. 58
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 1997
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Le scuole e le comunità dovrebbero assicurare fondi e risorse sufficienti perché sia garantita la partecipazione di tutti gli studenti ai programmi di educazione fisica, educazione alla salute e di attività fisica extrascolastica e sport comunitari
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino al 12° grado)
Setting: Scuola, Comunità
Destinatari: Istruttori di EF, scuole, genitori, operatori sanitari, autorità locali

Raccomandazione n. 59
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 1997
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Assicurare l'accesso sicuro a strutture e spazi dove praticare attività fisica in qualsiasi momento della giornata e periodo dell'anno: questi spazi devono essere privi di pericoli ambientali o di qualsiasi genere; a tale scopo devono essere ispezionati con regolarità. Durante lo svolgimento delle attività i bambini devono ricevere la supervisione costante degli insegnanti; i bambini devono indossare indumenti appropriati (es. il caschetto quando vanno in bici...)
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino al 12° grado)
Setting: Scuola, Comunità
Destinatari: Istruttori di EF, scuole, genitori, operatori sanitari, autorità locali

Raccomandazione n. 60
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 1997
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione I bambini delle elementari dovrebbero acquisire abilità motorie di base che permettano loro la partecipazione in una serie di attività fisiche, i bambini più grandi invece dovrebbero diventare competenti in un numero limitato di attività, quelle che preferiscono e che possono poi praticare anche dopo la fine della scuola e per tutta la vita
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino al 12° grado)
Setting: Scuola, Comunità
Destinatari: Istruttori di EF, scuole, genitori, operatori sanitari, autorità locali

Raccomandazione n. 61
Autore: CDC

Anno di pubblicazione: 1997
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli istruttori devono incoraggiare i bambini ad essere fisicamente attivi prima, durante e dopo la scuola, possono consigliare ai bambini le strutture esistenti nella comunità e assegnare "compiti" che i bambini possono svolgere a casa da soli o con i propri familiari
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino al 12° grado)
Setting: Scuola, Comunità
Destinatari: Istruttori di EF, scuole, genitori, operatori sanitari, autorità locali

Raccomandazione n. 62
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 1997
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Dovrebbero essere attuate delle politiche per la pianificazione, implementazione e valutazione dei programmi di attività fisica dall'asilo fino ai 18 anni
Popolazione target: Bambini (dall'asilo fino ai 18 anni)
Setting: Scuola
Destinatari: Istruttori di EF, scuole, genitori, operatori sanitari, autorità locali

Raccomandazione n. 63
Autore: U.S. Department of Health and Human Service
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Bambini e adolescenti dovrebbero praticare almeno 60 minuti di attività fisica ogni giorno. La maggior parte del tempo andrebbe speso in attività aerobica di intensità moderata o vigorosa. Attività vigorosa andrebbe svolta almeno 3 volte a settimana; almeno 3 volte a settimana dovrebbero essere svolti esercizi atti a rafforzare la muscolatura e le articolazioni
Popolazione target: Bambini e adolescenti
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 64
Autore: U.S. Department of Health and Human Service
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione E' importante incoraggiare i giovani a svolgere attività appropriate per le varie fasce di età, divertenti e varie
Popolazione target: Bambini e adolescenti
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazioni del NICE

Raccomandazione n. 65
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica in bambini e ragazzi di età compresa tra 4 e 18 anni che frequentano la scuola o altre strutture educative è necessario sviluppare programmi di attività fisica multidisciplinari, che includano una componente educativa per aumentare la consapevolezza dei benefici che si possono trarre dalla pratica di attività fisica e per motivare ulteriormente i ragazzi. I programmi dovrebbero determinare cambiamenti nelle politiche decisionali (quali creare un ambiente scolastico che offra maggiore supporto e maggiori opportunità per la pratica dell'attività fisica durante la ricreazione), il coinvolgimento delle famiglie, affidando attività da svolgere

a casa o anche a scuola in orario extra-scolastico, che i ragazzi possono fare con la loro famiglia o i loro tutor, il coinvolgimento della comunità, con la creazione di programmi quali "Play in the park"
Popolazione target: Bambini dai 4 ai 18 anni che frequentano la scuola o altre strutture educative
Setting: Scuola
Destinatari: Tutti coloro che nel settore pubblico, privato, nel volontariato o nella comunità, possono influenzare la diffusione di programmi e opportunità per la pratica di AF nei bambini, presidi, direttori di istituto

Raccomandazione n. 66
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei bambini fino a 11 anni è necessario sia offerta la presenza di strutture e attrezzi per incoraggiare i bambini a sviluppare abilità motorie, indipendentemente dalle loro capacità o disabilità, sia assicurato l'accesso a spazi che stimolino in loro il senso dell'avventura e della sfida in modo positivo, sia data loro la possibilità di sperimentare attività diverse per aiutarli a identificare quelle che preferiscono praticare da soli e quelle che possono praticare con amici e famiglia, siano fornite ogni giorno nuove opportunità per essere attivi fisicamente, supportandoli, guidandoli e motivandoli, anche variando le modalità con cui sono loro proposte le varie attività (comprese le risorse e gli ambienti dedicati), sia fatto in modo che possano praticare AF dopo scuola, durante il fine settimana e le vacanze. Le attività devono essere impartite da personale adeguatamente formato
Popolazione target: Bambini fino a 11 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici e tutti coloro che nel settore pubblico, privato, nel volontariato o nella comunità, possono influenzare la diffusione di programmi e opportunità per la pratica di AF nei bambini (inclusi insegnanti, presidi..)

Raccomandazione n. 67
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'AF nei bambini fino a 11 anni è necessario offrire loro ogni giorno una gamma di attività da praticare sia all'aperto che all'interno di strutture, promuovere attività che possano rispondere alle esigenze di età e di capacità fisica di ciascuno bambino (le attività dovrebbero sviluppare le capacità motorie dei bambini), offrire opportunità per essere fisicamente attivi durante tutta la giornata, a scuola durante e al di fuori dell'orario scolastico, durante il tempo libero nel contesto della comunità e del settore privato, aiutare i bambini a identificare quelle attività che possono praticare divertendosi da soli o con amici e familiari
Popolazione target: Bambini fino a 11 anni
Setting: Comunità, scuola, famiglia
Destinatari: Genitori, professionisti che a qualsiasi livello hanno a che fare con bambini, insegnanti e personale scolastico, volontariato, comunità e settore privato

Raccomandazione n. 68
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'AF in bambini e adolescenti < 18 anni, nelle loro famiglie è necessario organizzare una campagna nazionale di durata minima di 5 anni, facendo ricorso a modalità differenti a seconda dei gruppi a cui ci si rivolge (famiglie, genitori, bambini appartenenti a fasce di età diverse, diversi gruppi etnici, soggetti con capacità fisiche diverse). La campagna dovrebbe portare il messaggio che praticare AF è divertente, salutare, gratificante, permette ai bambini e ai giovani di essere indipendenti, aiuta a sviluppare i movimenti dei bambini, che si possono praticare molte e diverse attività (gioco, danza, nuoto, ginnastica, sport, spostamenti), che AF può e deve diventare parte della vita quotidiana (anche degli adulti, che così possono rappresentare un esempio), che

si possono provare varie attività perché i giovani si sentano sempre motivati. La sicurezza dei bambini deve essere sempre assicurata. Si dovrebbe incoraggiare le regioni e gli enti locali a utilizzare gli stessi messaggi, a sviluppare risorse per la diffusione della campagna. Si devono utilizzare misure di processo, di impatto e di risultato per garantire l'efficacia della campagna.

Popolazione target: Bambini e adolescenti

Setting: Comunità

Destinatari:

Dipartimento della Salute, per i bambini, Scuole, famiglie, Dipartimenti per la cultura, i media e lo sport in collaborazione con il dipartimento di commercio e delle imprese, del governo locale, per l'ambiente, il cibo, i trasporti, università, Ministro della Giustizia

Raccomandazione n. 69

Autore: NHS

Anno di pubblicazione: 2009

Paese: UK

Raccomandazione

Per promuovere l'attività fisica in bambini e adolescenti < 18 anni, nelle loro famiglie, è necessario assicurare una strategia per cui siano create opportunità per la pratica sicura dell'attività fisica, sia in strutture dedicate che all'aperto, chi lavora con i bambini conosca le direttive governative sul tema, siano creati collegamenti tra i vari enti (scuole, servizi extra-scolastici, centri per bambini, centri di comunità e settore privato), siano identificati tutti i fattori capaci di stimolare i bambini all'esercizio fisico e tutti i possibili ostacoli, siano valutati tutti gli interventi che hanno come obiettivo la promozione dell'attività fisica nei giovani. La promozione dell'attività fisica deve essere considerata come obiettivo prioritario tra i programmi locali, devono essere promosse partnership con i capi dipartimento dei trasporti, salute, etc; deve essere spiegato ai cittadini il ruolo delle autorità locali nella promozione dell'attività fisica.

Popolazione target:

Bambini e adolescenti

Setting: Comunità

Destinatari:

Capi associazioni dei bambini, direttori dei servizi per bambini, direttori di sanità pubblica

Raccomandazione n. 70

Autore: NHS

Anno di pubblicazione: 2009

Paese: UK

Raccomandazione

Per promuovere l'attività fisica in bambini e adolescenti < 18 anni, nelle loro famiglie sviluppando piani tali da: identificare quei giovani che con molta probabilità non praticano almeno un'ora al giorno di attività fisica moderata/vigorosa, coinvolgere tali soggetti nel disegno, nella pianificazione e nello sviluppo di opportunità per fare attività fisica, avere regolari raffronti con i giovani e le loro famiglie per stabilire quali sono i fattori che aiutano o viceversa impediscono di praticare attività fisica, prestando particolare attenzione ai giovani in condizioni socio-economiche disagiate, alle minoranze etniche, e ai bambini disabili

Popolazione target:

Bambini dai 4 ai 18 anni che frequentano la scuola o altre strutture educative

Setting: Comunità

Destinatari:

Decisori politici, autorità locali, responsabili organizzazione attività

Raccomandazione n. 71

Autore: NHS

Anno di pubblicazione: 2009

Paese: UK

Raccomandazione

Per promuovere l'attività fisica in bambini e adolescenti < 18 anni, nelle loro famiglie si deve garantire che le strutture dedicate alla pratica dell'attività fisica siano adeguate ai bisogni di tutti i bambini e delle loro famiglie, con particolare riguardo per i giovani in condizioni socio-economiche disagiate, alle minoranze etniche e ai bambini disabili, è necessario assicurare inoltre che gli spazi dedicati (che possono essere messi a disposizione da parte di amministrazioni pubbliche, volontariato, comunità e settore privato) siano sicuri e sia garantito l'accesso a tutti i soggetti (inclusi quelli con disabilità). Le strutture scolastiche dovrebbero essere a disposizione dei bambini prima, durante e dopo l'orario scolastico, durante il fine settimana e i giorni festivi. Tutti i settori

precedentemente menzionati (settore pubblico, privato, associazioni di volontariato e comunità), impegnati nello sviluppo di programmi e opportunità per la pratica dell'attività fisica dovrebbero poter disporre di tali spazi scolastici. Si dovrebbe incentivare l'utilizzo di spazi, quali parchi cittadini e strutture dedicate, come luoghi dove i giovani possono essere fisicamente attivi. I pianificatori urbanistici dovrebbero assicurare la presenza nelle città di ampi spazi e strutture all'aperto che incoraggino la pratica dell'attività fisica, che siano facilmente raggiungibili percorrendo piste ciclabili o percorsi pedonali. Le strutture e gli spazi dedicati all'attività fisica devono essere sicuri (esempio: spazi all'aperto devono prevedere aree ombreggiate e luoghi di riparo dalle intemperie dove si possano praticare comunque attività fisiche)
Popolazione target: Bambini e adolescenti <18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Direttori servizi per bambini, pianificatori, presidi, comunità, volontariato, settore privato, responsabili per la pubblica sicurezza

Raccomandazione n. 72
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica in bambini e adolescenti < 18 anni, nelle loro famiglie è necessario realizzare piani per il trasporto locale che prendano in considerazione ogni aspetto utile perché i giovani possano essere fisicamente attivi, lavorando in congiunta con le scuole, ad esempio per l'elaborazione di percorsi sicuri per raggiungere gli edifici scolastici, organizzando giornate in cui i bambini possono recarsi a scuola in bus, in bici o a piedi, addestrando i bambini ai pericoli della strada, identificando gli ostacoli che impediscono ai bambini di spostarsi in modo fisicamente attivo ed agendo su questi
Popolazione target: Bambini dai 4 ai 18 anni che frequentano la scuola o altre strutture educative
Setting: Comunità
Destinatari: Direttori e presidi strutture scolastiche, autorità e funzionari della rete dei trasporti locale, polizia municipale, ufficiali per la sicurezza stradale, school travel advisers, pianificatori dei trasporti

Raccomandazione n. 73
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica in bambini e adolescenti < 18 anni, nelle loro famiglie è necessario identificare i fattori locali che possono condizionare la pratica regolare dell'attività fisica da parte dei ragazzi, stabilire quali sono le attività che i ragazzi preferiscono, basandosi su ricerche già esistenti o ricorrendo a colloqui personali, quindi coinvolgere i giovani attivamente nella realizzazione di quelle attività che riscuotono il loro gradimento, rimuovere le barriere che impediscono la loro partecipazione (quali un'illuminazione inadeguata, scadenti condizioni di mantenimento delle strutture, mancanza di accesso per i ragazzi disabili), fornire l'opportunità ai ragazzi di essere fisicamente attivi in un ambiente stimolante in cui si sentono al sicuro, ed assicurare che i programmi di attività fisica siano portati avanti da persone con la necessaria esperienza ed educazione
Popolazione target: Bambini e adolescenti fino ai 18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici e tutti coloro che nel settore pubblico, privato, nel volontariato o nella comunità, possono influenzare la diffusione di programmi e opportunità per la pratica di AF nei giovani, presidi e direttori scolastici

Raccomandazione n. 74
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei giovani fino a 18 anni è opportuno che le varie attività siano portate avanti da personale adeguatamente formato e qualificato, capace di sviluppare programmi capaci di far divertire i bambini, che stimoli i bambini a raggiungere livelli di abilità secondo le loro possibilità. E' opportuno inoltre fare rete con le varie agenzie, comunità o settore privato perché vengano realizzate opportunità per lo svolgimento dell'

attività fisica. I datori di lavoro dovrebbero offrire al personale opportunità di crescita. L'impatto di tali interventi dovrebbe essere monitorizzato
Popolazione target: Bambini e adolescenti fino ai 18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Chi è a capo del personale che lavora con bambini e organizza le varie attività motorie

Raccomandazione n. 75
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei giovani fino a 18 anni di età è necessario stabilire programmi di educazione continua per il personale che organizza attività fisica. L'educazione e il training dovrebbero preparare tali figure a fornire ai bambini informazioni e consigli sull'attività fisica, tenendo in considerazione le diverse esigenze di ciascuno, a infondere nei bambini fiducia nelle proprie capacità e motivarli ad essere attivi fisicamente, a individuare i problemi pratici che impediscono a famiglie o determinati gruppi di bambini di essere coinvolti (problemi di orario, di accesso, problemi culturali), a sviluppare collaborazioni con le comunità locali. L'impatto di tali programmi dovrebbe essere valutato
Popolazione target: Bambini e adolescenti fino ai 18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Organizzazioni di educazione e formazione personale

Raccomandazione n. 76
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nelle ragazze di età compresa tra 11 e 18 anni è necessario consultarsi con loro per capire quali sono le attività che preferiscono praticare, coinvolgerle nello sviluppo di attività che possono comprendere giochi competitivi e non, come il football, il basket per persone in carrozzina, danza, aerobica e ginnastica, offrire l'opportunità di svolgere tali attività anche in orario extra-scolastico, affrontare e rimuovere qualsiasi tipo di impedimento, sia esso di natura psicologica, sociale o ambientale, alla pratica dell'attività fisica
Popolazione target: Bambini e adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici e tutti coloro che nel settore pubblico, privato, nel volontariato o nella comunità, possono influenzare la diffusione di programmi e opportunità per la pratica di attività fisica nelle ragazze e giovani donne

Raccomandazione n. 77
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei giovani fino a 18 anni è opportuno incoraggiare spostamenti "attivi", adoperandosi affinché le scuole educino i bambini alla sicurezza stradale, incoraggiare i bambini, specie quelli che abitano entro 3 km da scuola, a raggiungere la scuola in bici o a piedi, lavorare in congiunta con le autorità locali alla costruzione di percorsi sicuri per raggiungere scuole o strutture sportive o di svago, rimuovendo qualsiasi tipo di barriera (es. la mancanza di parcheggi sicuri per le biciclette), coinvolgere bambini, genitori e tutori, la comunità e agenzie esterne a migliorare i percorsi, spiegare ai genitori i benefici dell'attività fisica (ad esempio nel migliorare le abilità motorie, la socievolezza, la fiducia in se stessi e l'indipendenza dei ragazzi)
Popolazione target: Bambini e adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici e direttori scolastici, presidi, school travel advisers

Raccomandazione n. 78
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009

Paese: UK
Raccomandazione Per di promuovere l'attività fisica nelle ragazze di età compresa tra 11 e 18 anni, è opportuno enfatizzare le opportunità per la partecipazione, il divertimento e lo sviluppo personale che si possono ottenere dalla pratica dell'attività fisica, invece che porre l'attenzione sulla valutazione delle performance, si deve inoltre incoraggiare le ragazze che scelgono inizialmente di non partecipare ad attività fisiche, aiutandole gradualmente ad avvicinarsi in altri modi, proporre un modo di abbigliarsi in occasione delle attività che minimizzi le loro preoccupazioni nei confronti della propria immagine corporea e fornire appropriati modelli che possano prendere come esempio
Popolazione target: Bambini e adolescenti di età compresa tra gli 11 e i 18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Insegnanti di EF, allenatori, volontari

Raccomandazione n. 79
Autore: NHS
Anno di pubblicazione: 2009
Paese: UK
Raccomandazione Per promuovere l'attività fisica nei giovani fino a 18 anni di età, è opportuno informare i genitori (o tutori) della necessità che i bambini pratichino almeno 60 min/giorno di attività moderata e/o vigorosa e almeno due volte/settimana dovrebbero includere attività per rafforzare l'apparato osteomuscolare e la flessibilità, offrire informazioni e consigli sui benefici che si possono ottenere dalla pratica di attività fisica, enfatizzando il lato ludico, incoraggiare i genitori (o i tutori) ad essere fisicamente attivi assieme ai figli, a spostarsi in modo attivo (camminando o andando in bici ad esempio) la maggior parte dei giorni della settimana, così da far passare abitudini salutari a partire da una giovane età, e spingere i genitori a costituire un modello per i figli, includendo l'attività fisica nella vita di tutti i giorni
Popolazione target: Bambini e adolescenti fino ai 18 anni
Setting: Comunità
Destinatari: Professionisti della salute, autorità locali, insegnanti di EF che lavorano nel pubblico o nel privato, insegnanti, volontari, comunità

RACCOMANDAZIONI PER LA POPOLAZIONE ADULTA

Raccomandazione n. 1 😊
Autore: Lau (CMAJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di adulti obesi, gli operatori sanitari dovrebbero attuare interventi di modifica dei comportamenti, quali interventi di counselling su dieta e attività fisica
Popolazione target: Adulti
Setting: ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 2 😊
Autore: Lau (CMAJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di adulti in sovrappeso ed obesi e ridurre i sintomi correlati, gli operatori sanitari dovrebbero raccomandare la riduzione dell'introito alimentare e la promozione dell'attività fisica
Popolazione target: Adulti
Setting: ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 3 😊
Autore: Lau (CMAJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Allo scopo di massimizzare i benefici ottenuti della perdita di peso negli adulti sovrappeso o obesi, gli operatori sanitari dovrebbero promuovere lo svolgimento di attività fisica ed esercizi sostenibili e adattati ad ogni individuo, favorendone il progressivo aumento della durata
Popolazione target: Adulti
Setting: ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari


Raccomandazione n. 4 😊
Autore: ACSM/AHA (Haskell)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Adulti in età compresa tra i 18 e i 65 anni sani o con patologie croniche che non precludono la possibilità di praticare attività fisica devono praticare attività aerobica di intensità moderata per almeno 30 minuti 5 giorni a settimana oppure attività di intensità vigorosa per almeno 20 minuti 3 giorni alla settimana
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 5 (IB) 😊
Autore: ACSM/AHA (Haskell)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Adulti in età compresa tra i 18 e i 65 anni sani o con patologie croniche che non precludono la possibilità di praticare attività fisica possono raggiungere 30 minuti di attività aerobica di intensità moderata (equivalente a una camminata veloce in grado di accelerare il battito cardiaco) eseguendo serie di camminate di 10 minuti o più
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 6 😊
Autore: ACSM/AHA (Haskell)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione La partecipazione da parte di adulti in età compresa tra i 18 e i 65 anni sani o con patologie croniche che non precludono la possibilità di praticare attività fisica ad attività aerobica e a esercizi capaci di rafforzare la muscolatura al di sopra dei livelli minimi consigliati è capace di determinare ulteriori benefici per la salute e determina migliori risultati in termini di forma fisica
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 7 😊
Autore: ACSM/AHA (Haskell)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Adulti in età compresa tra i 18 e i 65 anni sani o con patologie croniche che non precludono la possibilità di praticare AF possono alternare esercizi di attività moderata a esercizi di attività più vigorosa nella stessa settimana
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 8 😊
Autore: Lau (CMAJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di adulti in sovrappeso ed obesi, gli operatori sanitari dovrebbero incoraggiare lo svolgimento di un'attività fisica regolare e a lungo termine associata al mantenimento o alla modesta riduzione del peso
Popolazione target: Adulti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari


Raccomandazione n. 9 
Autore: Lau (CMAJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di adulti in sovrappeso o obesi, gli operatori sanitari dovrebbero incoraggiare lo svolgimento di attività fisica, inizialmente di intensità moderata per 30 minuti al giorno e successivamente, se opportuno, aumentandola fino a 60 minuti al giorno, quale parte di un programma generale volto a perdere peso
Popolazione target: Adulti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 10 
Autore: Lau (CMAJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre il rischio di morbilità per patologie cardiovascolari nelle donne sane nel periodo post-menopausale e negli adulti con BMI aumentato, gli operatori sanitari dovrebbero promuovere l'esecuzione di esercizi fisici di resistenza
Popolazione target: Adulti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 11 
Autore: ACSM/AHA (Haskell)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per promuovere e mantenere la salute dell'apparato muscolo-scheletrico, gli adulti in età compresa tra i 18 e i 65 anni sani o con patologie croniche che non precludono la possibilità di praticare AF, dovrebbero svolgere esercizi di sollevamento pesi oltre i livelli minimi raccomandati, e dovrebbero svolgere attività che richiedono maggiore sforzo, come salire le scale o praticare jogging, se le loro condizioni di salute lo permettono
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 12 
Autore: ACSM/AHA (Haskell)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per prevenire un aumento di peso, alcuni adulti di età compresa tra i 18 e i 65 anni sani o con patologie croniche che non precludono la possibilità di praticare attività fisica, dovrebbero praticare attività fisica oltre i livelli minimi raccomandati, considerando allo stesso tempo quei fattori che determinano il peso corporeo, come le quantità di cibo assunto con la dieta fino a un livello che permetta loro di raggiungere un equilibrio energetico
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 13 
Autore: ACSM/AHA (Haskell)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per promuovere e mantenere una buona salute adulti in età compresa tra i 18 e i 65 anni sani o con patologie croniche che non precludono la possibilità di praticare attività fisica devono praticare esercizi che mantengano o aumentino la forza e la resistenza muscolare per almeno 2 giorni la settimana
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 14 
Autore: Lau (CMAJ)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Canada
Raccomandazione Per diminuire il numero di adulti in sovrappeso ed obesi, gli operatori sanitari dovrebbero sostenere e motivare gli adulti obesi o in sovrappeso che iniziano a svolgere un programma vigoroso di attività fisica
Popolazione target: Adulti
Setting: Ambulatori
Destinatari: Operatori sanitari

Raccomandazione n. 15
Autore: U.S. Department of Health and Human Service
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Tutti gli adulti dovrebbero evitare la sedentarietà (anche lo svolgimento di attività fisica limitata è meglio di niente, perché comunque si hanno benefici per la salute).
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 16
Autore: U.S. Department of Health and Human Service
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per conseguire benefici certi per la salute, gli adulti dovrebbero praticare almeno 150 minuti (2 ore e mezzo) di AF di intensità moderata o 75 minuti a settimana di attività di intensità vigorosa, o combinazioni equivalenti delle due modalità. Attività aerobica andrebbe praticata lungo tutto l'arco della settimana, in serie di almeno 10 minuti consecutivi
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 17
Autore: U.S. Department of Health and Human Service
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ottenere ulteriori e maggiori benefici per la salute, gli adulti dovrebbero aumentare i propri livelli di attività

fisica fino a 5 ore (o oltre) a settimana di attività moderata o 150 minuti (o oltre) di attività intensa, o una combinazione delle 2 modalità
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 18
Autore: U.S. Department of Health and Human Service
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per avere ulteriori benefici per la salute gli adulti dovrebbero praticare attività di intensità moderata o vigorosa capaci di rafforzare la muscolatura almeno 2 giorni a settimana
Popolazione target: Adulti
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

RACCOMANDAZIONI PER ANZIANI

Raccomandazione n. 1 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per promuovere e mantenere una buona salute gli anziani dovrebbero mantenere uno stile di vita fisicamente attivo
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 2 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli anziani dovrebbero svolgere attività fisica aerobica di intensità moderata per almeno 30 minuti 5 giorni la settimana o di intensità vigorosa per almeno 20 minuti 3 giorni la settimana.
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 3 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Almeno 2 volte a settimana gli anziani dovrebbero svolgere attività di rafforzamento muscolare usando i muscoli principali per mantenere o aumentare la forza e la resistenza muscolare
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 4 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Anziani dovrebbero praticare attività fisica oltre i livelli minimi raccomandati per migliorare la propria forma fisica, ridurre il rischio di malattie croniche e disabilità o prevenire un insano aumento di peso
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 5 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per ridurre il rischio di lesioni da caduta, gli anziani che vivono in comunità ad alto rischio di caduta dovrebbero svolgere esercizi per mantenere o migliorare l'equilibrio
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 6 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Anziani con una o più patologie per cui lo svolgere attività fisica ha una funzione terapeutica dovrebbero svolgere AF secondo le modalità che garantiscono un miglioramento efficace e sicuro
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 7 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero attuare interventi per la promozione di esercizi differenziati a seconda del livello di attività fisica praticata da ogni individuo
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 8 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per promuovere e mantenere una buona salute gli anziani dovrebbero combinare attività fisica aerobica di intensità moderata e di intensità vigorosa
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 9 😊
Autore: ACSM/AHA (Nelson)
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per mantenere la flessibilità necessaria a svolgere una regolare attività fisica e le normali attività della vita quotidiana, gli anziani dovrebbero svolgere attività che li aiutino a mantenere o a migliorare la propria flessibilità, per almeno 10 minuti al giorno 2 giorni alla settimana
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 10 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, dovrebbero prevedere la diffusione di informazioni sui benefici derivanti dall'esercizio fisico
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 11 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, dovrebbero includere la diffusione di informazioni sui possibili modi di camminare (usare le scale, camminare per andare a messa o a fare shopping) e sui modi per garantire la massima sicurezza a chi si sposta a piedi
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 12 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, dovrebbero prevedere la diffusione di informazioni relative ai possibili modi per eseguire gli esercizi a casa (stretching, esercizi motori, utilizzo di pesi)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 13 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero prevedere la diffusione di informazioni sulle modalità di camminare e sulla sicurezza
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 14 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti

Raccomandazione
Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero rafforzare l'efficacia degli esercizi
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 15 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione
Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero rafforzare l'efficacia degli esercizi con programmi di cammino che aiutino a valutare l'entità dell'esercizio svolto (per es. pedometri) e a visualizzare i progressi raggiunti (per es. con il peso)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 16 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione
Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero aiutare a stabilire obiettivi a breve-termine e ad enfatizzare i piccoli, specifici e realistici risultati (camminerò 10 minuti al giorno)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 17 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione
Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero promuovere il supporto da parte del coniuge, membri della famiglia, vicini, colleghi per la valutazione delle attitudini dell'anziano, così che siano discussi i progressi raggiunti e si incoraggi l'anziano a camminare con le persone care
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 18 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione
Per diminuire il numero di sedentari, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero aiutare le persone

inattive ma che hanno intenzione di cambiare nel prossimo mese a diminuire o eliminare le sensazioni spiacevoli (dolore, paura di cadere, fiato corto, ecc..) ad esempio con la somministrazione di farmaci prima dell'attività, con l'utilizzo di ghiaccio o favorendo il ricorso di un abbigliamento consono

Popolazione target: Anziani

Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 19 

Autore: Jitamontree

Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, gli operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero fornire la propria assistenza per permettere di identificare e adottare soluzioni per contrastare motivi potenziali di ricaduta (per es. rischio di incidenti, noia etc.)

Popolazione target: Anziani

Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 20 

Autore: ACSM/AHA (Nelson)

Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Dovrebbe essere individuati dei piani per fare in modo che gli anziani svolgano livelli sufficienti di attività fisica, ed ogni tipo di attività deve essere considerato

Popolazione target: Anziani

Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 21 

Autore: Jitamontree

Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Per diminuire il numero di sedentari, gli operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero promuovere l'esecuzione di esercizi basandosi su considerazioni psicosociali e psicologiche

Popolazione target: Anziani

Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 22 

Autore: Jitamontree

Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti


Raccomandazione


Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero focalizzarsi sulle persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, aiutandole a capire come il sentirsi bene influenzi positivamente sia se stessi che gli altri


Popolazione target: Anziani


Setting: Comunità


Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 23 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari rendendoli maggiormente consapevoli dei benefici da cui vengono esclusi continuando ad essere sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero focalizzarsi sulle persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 24 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi dovrebbero essere focalizzati a far cadere i preconcetti errati associati all'esercizio (fatica, incidenti, ipertono muscolare)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 25 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, dovrebbero includere la valutazione dell'efficacia degli esercizi e l'impiego di messaggi motivazionali (di autostima)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 26 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, dovrebbero includere la diffusione di informazioni sull'utilizzo di scarpe, calzini e abbigliamento adeguati durante l'esecuzione degli esercizi
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 27 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero diminuire il numero di sedentari rafforzando l'efficacia degli esercizi con programmi in grado di enfatizzare le competenze individuali e che diano riconoscimenti per la partecipazione e la padronanza agli esercizi piuttosto che riconoscimenti basati sulla valutazione dell'esecuzione dell'esercizio
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 28 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero rafforzare l'efficacia degli esercizi fornendo video che mostrano anziani impegnati in escursioni all'aperto
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 29 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero rafforzare l'efficacia degli esercizi organizzando visite di gruppo in modo da favorire il confronto con altri programmi di cammino per anziani
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 30 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero rafforzare l'efficacia degli esercizi facendo svolgere agli individui tipologie di esercizi adatti alle loro capacità e al loro senso di sicurezza
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 31 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione

Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero promuovere l'esercizio come un'attività divertente
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 32 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero prevedere discussioni sulle motivazioni che impediscono una regolare attività (dolore, fatica, ecc..) e sui modi per superare gli ostacoli
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 33 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero favorire la coesione sociale dei loro assistiti (ad es. organizzando incontri mensili)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 34 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero ricordare ai propri assistiti di premiarsi per i risultati raggiunti (ad es. regalandosi un nuovo paio di scarpe, una radio o un viaggio)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 35 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da più di 6 mesi e che continuano a svolgerla regolarmente, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero dare loro l'opportunità di essere da modello per gli altri anziani
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari
--

Raccomandazione n. 36 
--

Autore: Jitamontree

Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da più di 6 mesi e che continuano a svolgerla regolarmente, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero continuare a rendere l'attività divertente e stimolante (passeggiate accompagnate dall'ascolto di musica; favorire conversazioni con gli amici prima durante e dopo le camminate)

Popolazione target: Anziani

Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari
--

Raccomandazione n. 37 
--

Autore: Jitamontree

Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Nel caso di "retrocessione" gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) su persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica dovrebbero valutare il livello di ricaduta ponendo domande del tipo "recentemente c'è stato un periodo in cui hai fatto attività fisica per almeno 3 mesi?"

Popolazione target: Anziani

Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari
--

Raccomandazione n. 38 
--

Autore: Jitamontree

Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti

Raccomandazione

Nel caso di "retrocessione" gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) su persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica dovrebbero cercare di individuare come sono state superate le barriere nello svolgere attività fisica e dovrebbero incoraggiare lo svolgimento dell'attività svolta in passato
--

Popolazione target: Anziani

Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari
--

Raccomandazione n. 39 
--

Autore: Jitamontree

Anno di pubblicazione: 2001

Paese: Stati Uniti


Raccomandazione


Nel caso di "retrocessione" gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) su persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica dovrebbero identificare le cause di ricaduta e prevedere discussioni sui modi per superare e prevenire queste ultime, identificando i fattori che possono aiutare e quelli che possono ostacolare il mantenimento del programma


Popolazione target: Anziani


Setting: Comunità


Destinatari: Operatori Sanitari
--

Raccomandazione n. 40 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, dovrebbero aiutare a valutare e superare le loro barriere
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 41 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi dovrebbero portare all'aumentata consapevolezza del fatto che i benefici dell'attività fisica si possono ripercuotere sulle persone care (esempio: dando la possibilità al nonno di raggiungere l'aula il giorno della laurea del nipote)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 42 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi, dovrebbero includere la diffusione di informazioni su tutti i possibili modi di fare esercizio
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 43 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi dovrebbero includere la diffusione di informazioni sulle opportunità esistenti nelle comunità locali (parchi, centri anziani, club, organizzazioni..)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 44 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007

Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero includere informazioni sul tempo da impiegare e la distanza da percorrere durante le passeggiate
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 45 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero rafforzare l'efficacia degli esercizi con programmi che promuovano la percezione delle competenze e rinforzino i progressi raggiunti da ciascun soggetto
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 46 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero determinare un miglioramento dell'equilibrio allo scopo di aumentare il senso di sicurezza dei propri assistiti nei confronti del camminare
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 47 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero aiutare a stabilire obiettivi a breve termine con l'ausilio di pedometri, contapassi e invio di messaggi email aventi funzione di promemoria
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 48 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle

persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero incoraggiare gli assistiti a prendere l'impegno di condividere le loro intenzioni con altri in modo da rafforzare la loro decisione (per es. chiedere di stipulare un contratto di benessere che includa obiettivi da raggiungere, premi da assegnare, barriere da superare, ...)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 49 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per diminuire il numero di sedentari, gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive ma che hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nel prossimo mese dovrebbero prevedere la trattazione delle motivazioni che impediscono una regolare attività (dolore, fatica, ecc..) e dei modi per superare le stesse
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 50 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero continuare a fornire feedback positivi e costruttivi per accrescere l'efficacia degli interventi attuati (per es. attraverso newsletter)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 51 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero ottenere un aumento della velocità del cammino, della distanza percorsa o del tempo impiegato in attività fisica dai propri assistiti
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 52 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero ottenere dai propri assistiti un aumento della velocità del cammino, della distanza percorsa o del tempo impiegato in attività fisica attraverso un macchinario portatile per fare esercizi, e un parallelo progressivo aumento della resistenza

Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 53 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero ottenere dai propri assistiti un aumento progressivo della velocità del cammino, della distanza percorsa o del tempo impiegato a camminare attraverso un percorso con ostacoli virtuali (nel caso di anziani che hanno avuto un ictus)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari


Raccomandazione n. 54 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, gli operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero fornire la propria assistenza per la realizzazione di un obiettivo a lungo termine (partecipare a primavera ad una camminata di 2 miglia)
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 55 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero effettuare visite a casa per offrire un aiuto nell'organizzazione e nel mantenimento dell'attività fisica, applicando interventi motivazionali inclusa la tecnica del problem-solving e strategie di modifica dei comportamenti, come conversazioni telefoniche bisettimanali per discutere dei progressi fatti dai loro assistiti e delle modifiche apportate ai comportamenti e offrendo supporto per la prevenzione delle ricadute
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 56 😊
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da più di 6 mesi, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero ricordare ai propri assistiti di riconoscere e apprezzare i successi ottenuti
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità

Destinatari: Operatori Sanitari
--

Raccomandazione n. 57 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da più di 6 mesi e che continuano a svolgerla regolarmente, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero ricordare ai familiari dei propri assistiti di continuare a supportare e incoraggiare i parenti che svolgono attività fisica
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 58 
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per far mantenere uno stile di vita attivo a persone che hanno iniziato a svolgere attività fisica da meno di 6 mesi e che continuano a svolgerla regolarmente, operatori sanitari (medici, infermieri, ..) dovrebbero aiutare a fissare obiettivi realistici per prevenire la comparsa di sentimenti di frustrazione
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 59
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita entro i prossimi 6 mesi dovrebbero diminuire il numero di sedentari rendendo le persone maggiormente consapevoli del proprio livello di attività fisica giornaliero
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 60
Autore: Jitamontree
Anno di pubblicazione: 2007
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli interventi da parte di operatori sanitari (medici, infermieri, ..) sulle persone inattive e che non hanno intenzione di modificare il proprio stile di vita nei prossimi 6 mesi dovrebbero diminuire il numero di sedentari enfatizzando il fatto che potranno migliorare la qualità di vita e vivere più a lungo in modo indipendente o senza correre il rischio di cadute
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori Sanitari

Raccomandazione n. 61
Autore: U.S. Department of Health and Human Services

Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Quando gli anziani non possono più svolgere 150 minuti di attività moderata/intensa a settimana a causa di patologie croniche, dovrebbero comunque mantenersi attivi entro i livelli consentiti dalle proprie condizioni di salute
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 62
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli anziani dovrebbero svolgere esercizi per mantenere o migliorare l'equilibrio se sono a rischio di caduta
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 63
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli anziani dovrebbero individuare i livelli di sforzo fisico che possono raggiungere relativamente alla propria forma fisica
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 64
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Anziani con condizioni croniche dovrebbero capire se e come i propri livelli di salute influiscono sulla capacità di svolgere attività fisica regolare in modo sicuro
Popolazione target: Anziani
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

RACCOMANDAZIONI PER LA POPOLAZIONE GENERALE

Raccomandazione n. 1 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per aumentare l'attività fisica dovrebbero essere realizzati programmi individuali, calibrati sulle disponibilità delle persone e progettati per aiutare i partecipanti a praticare attività fisica nella vita quotidiana, attraverso l'insegnamento delle seguenti abilità: 1. darsi obiettivi e valutarli nel tempo 2. costruire una rete di rapporti sociali che sostenga il cambiamento 3. rinforzare i comportamenti di successo con premi e complimenti gratificanti 4. utilizzare la tecnica del problem solving per affrontare le difficoltà 5. prevenire le ricadute. Tutti gli interventi dovrebbero svolgersi attraverso gruppi di auto-aiuto, tramite mail o telefono e mass media e determinare il cambiamento dei comportamenti correlati alla salute.
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Casa (tramite mail, telefonate etc.)
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 2 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare la pratica dell'attività fisica e la capacità aerobica, dovrebbero essere realizzati interventi di sostegno sociale nella comunità, concentrando gli sforzi per la costituzione, il consolidamento e il mantenimento di reti sociali atte a favorire relazioni di supporto e il cambiamento dei comportamenti correlati alla pratica di attività fisica, sia creando nuove reti sociali, che rafforzando quelle già esistenti in contesti sociali extrafamiliari (es. ambienti di lavoro). Gli interventi si dovrebbero basare sulla ricerca di compagni interessati alla pratica dell'attività fisica, sulla realizzazione di gruppi per escursioni all'aperto o gruppi per garantire relazioni amicali e di sostegno
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 3 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare la pratica dell'attività fisica, andrebbe migliorato l'accesso agli spazi dedicati e andrebbe garantita l'offerta di interventi educativi. E' necessario che siano rimossi i fattori che ostacolano l'accesso ad esempio riducendo il prezzo di ingresso o concedendo tempo durante l'orario di lavoro, fornendo spiegazioni sul corretto utilizzo delle attrezzature per fare attività fisica, offrendo attività di screening e counselling sui fattori di rischio o altre attività di educazione alla salute. Potrebbe essere prevista anche l'effettuazione di programmi nei luoghi di lavoro.
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Famiglia, luoghi di lavoro
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 4 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001


Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare la pratica dell'attività fisica dovrebbero essere realizzate campagne di informazione rivolte alla comunità, caratterizzate da alta visibilità (messaggi sull'attività fisica diffusi su TV, radio, giornali e pubblicità nei teatri). I programmi dovrebbero essere composti da interventi che includono gruppi di sostegno e di auto-aiuto, counselling sull'attività fisica, screening e interventi educativi sui fattori di rischio, eventi di comunità, realizzazione di percorsi pedonali. I programmi dovrebbero essere valutati nel complesso, vista la difficoltà nel valutare i benefici prodotti dai singoli interventi
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 5 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per determinare un incremento dell'attività fisica nella popolazione generale (incrementando la percentuale di persone che utilizzano le scale piuttosto che l'ascensore), andrebbero posizionati cartelli motivazionali e informativi vicino agli ascensori per incoraggiare l'utilizzo delle scale con l'indicazione esplicita dei benefici per la salute e la perdita di peso
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 6 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per incrementare la pratica dell'attività fisica e la capacità aerobica, dovrebbero essere realizzati interventi di sostegno sociale nel setting familiare. Interventi di questo tipo dovrebbero prevedere cambiamenti nel contesto sociale delle relazioni familiari per sostenere maggiori livelli di attività fisica. Gli interventi dovrebbero essere indirizzati a bambini e familiari e includere "contratti comportamentali" tra i membri familiari, definizione di obiettivi, tecniche di problem solving e altre tecniche relative alla gestione del comportamento. Gli interventi dovrebbero prevedere sessioni separate o congiunte o collegate a interventi realizzati a scuola, compiti da svolgere a casa, sistemi di ricompensa o diari familiari. Alcuni interventi potrebbero includere anche eventi speciali destinati alle famiglie
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Famiglia
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 7 😊
Autore: CDC
Anno di pubblicazione: 2001
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Le campagne di informazione solo con mass media dovrebbero incrementare l'attività fisica (si tratta di interventi singoli per incrementare le conoscenze, influenzare atteggiamenti e credenze e cambiare comportamenti. Le campagne di comunicazione prevedono annunci a pagamento e concorsi a premi, messaggi diffusi via radio, giornali, TV e bacheche, utilizzati singolarmente o in combinazione tra loro. Non sono previsti altri tipi di intervento come gruppi di sostegno, educazione sui fattori di rischio, eventi di comunità)
Popolazione target: Popolazione generale

Setting: Comunità
Destinatari: Responsabili decisionali e operatori di Sanità Pubblica

Raccomandazione n. 8 
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione Per ridurre il numero di bambini e adulti obesi e sovrappeso, andrebbe incoraggiato lo sviluppo di sistemi di sorveglianza chiari, coordinati e rigorosi per determinare l'efficacia e l'efficienza di programmi e di interventi di prevenzione dell'obesità, che prevedano la partecipazione dei decisori politici e degli stakeholder
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Ambulatori
Destinatari: Decisori politici

Raccomandazione n. 9
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione Le autorità dovrebbero determinare un incremento dell'attività fisica nella popolazione generale, ponendosi come obiettivo un aumento dei livelli di attività fisica del 10% in 10 anni
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Scuole, famiglie, luoghi di lavoro, contesto urbano
Destinatari: Decisori politici

Raccomandazione n. 10
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione Gli individui e le famiglie dovrebbero condurre una vita più attiva fisicamente, svolgendo almeno 30 minuti di attività moderata giornaliera
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Scuole, famiglia, luoghi di lavoro, contesto urbano
Destinatari: Decisori politici, operatori sanitari

Raccomandazione n. 11
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione Le comunità dovrebbero promuovere attività fisica nei cittadini creando ambienti e infrastrutture che rendano facile includere la pratica dell'attività fisica nella vita di tutti i giorni, ad esempio effettuando una rete ampia di piste ciclabili e sentieri percorribili a piedi, facendo in modo che i principali luoghi di attrazione delle città siano raggiungibili agevolmente a piedi dai cittadini, aumentando i fondi e migliorando l'accesso alle strutture sportive, e ristrutturando gli edifici pubblici in modo tale che le scale siano accessibili a tutti e siano utilizzate più degli ascensori
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Scuole, famiglia, luoghi di lavoro, contesto urbano
Destinatari: Decisori politici

Raccomandazione n. 12
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione Il governo dovrebbe promuovere la pratica dell'attività fisica offrendo incentivi, come riduzione delle tasse per quelle organizzazioni che decidano di investire sulla creazione di strutture sportive in particolare per i bambini che ne hanno bisogno
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici

Raccomandazione n. 13
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione Gli operatori sanitari e medici di medicina generale dovrebbero promuovere l'attività fisica nei propri assistiti promuovendo l'attività fisica come parte integrante delle visite ambulatoriali, determinando i fattori in grado di influenzare i livelli di attività fisica, valutando il grado di disponibilità dei pazienti a cambiare il proprio stile di vita e indirizzandoli verso interventi ritagliati alle loro esigenze, facendo rete con altri professionisti della salute, (come gli educatori sanitari) e con centri ricreativi e altre strutture comunitarie in modo da assicurare che i propri assistiti siano indirizzati verso i servizi più appropriati per i loro bisogni. I medici di famiglia dovrebbero diventare i sostenitori di stili di vita salutari nella comunità, supportando misure come sentieri per le camminate e programmi di educazione fisica nelle scuole. Potrebbe essere previsto un' adeguata ricompensa per quei medici che offrono counselling sull'attività fisica
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Ambulatori, comunità
Destinatari: Operatori sanitari, MMG

Raccomandazione n. 14
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione L'espansione significativa della preparazione universitaria degli studenti di Medicina nel campo della prevenzione e i corsi per l'educazione continua in medicina nei medici di medicina generale e nei medici specialisti appositamente su tali argomenti dovrebbero promuovere l'attività fisica nella popolazione generale
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Università, congressi
Destinatari: Chi organizza la formazione universitaria per gli studenti di medicina e medici in formazione

Raccomandazioni del NICE

Raccomandazione n. 15
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: UK
Raccomandazione Gli interventi individuali da parte di operatori di cure primarie (MMG, PLS), una volta individuati gli adulti inattivi (tramite questionario) dovrebbero essere in grado di diminuire il numero di sedentari attraverso consigli sulla quantità di attività fisica da praticare
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori di cure primarie (MMG, PLS)

Raccomandazione n. 16
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: UK
Raccomandazione Gli interventi di promozione dell'attività fisica individuali da parte di operatori di cure primarie (MMG, PLS), prendendo in considerazione le preferenze, i bisogni e le esigenze dei singoli individui e dando consigli scritti sui benefici dell'attività fisica e sulle opportunità locali, dovrebbero diminuire il numero di sedentari
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori di cure primarie (MMG, PLS)

Raccomandazione n. 17
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: UK
Raccomandazione I decisori politici insieme a operatori di cure primarie (MMG, PLS) dovrebbero diminuire il numero di sedentari appartenenti a classi svantaggiate, attraverso il monitoraggio dell'efficacia di strategie volte a promuovere l'attività fisica ed i consigli
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori di cure primarie (MMG, PLS)

Raccomandazione n. 18
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: UK
Raccomandazione I decisori politici insieme a operatori di cure primarie (MMG, PLS) dovrebbero diminuire il numero di sedentari appartenenti a classi svantaggiate (etnie svantaggiate), attraverso la progettazione di infrastrutture volte a promuovere l'attività fisica
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori di cure primarie (MMG, PLS)

Raccomandazione n. 19
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: UK
Raccomandazione Gli operatori di cure primarie (MMG, PLS), decisori politici, prescrivendo schemi di esercizi validati da studi controllati, dovrebbero ridurre il numero di sedentari
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori di cure primarie (MMG, PLS)

Raccomandazione n. 20
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: UK
Raccomandazione Gli operatori di cure primarie (MMG, PLS) e decisori politici supportando l'utilizzo di pedometri e schemi per il

cammino e per le bici validati, misurando outcome intermedi (conoscenza, attitudini e capacità, livelli di attività fisica) dovrebbero diminuire il numero di sedentari
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Operatori di cure primarie (MMG, PLS)

Raccomandazione n. 21
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione I responsabili della pianificazione urbanistica dovrebbero incoraggiare e supportare lo svolgimento dell'attività fisica nella popolazione generale (inclusi i disabili), assicurando che le strutture locali e i servizi siano facilmente raggiungibili a piedi, in bicicletta e con altre modalità di trasporto che prevedano lo svolgimento di attività fisica e garantendo la possibilità per i bambini di giocare a giochi che li rendano attivi
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: I responsabili della pianificazione urbanistica

Raccomandazione n. 22
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione I responsabili della pianificazione urbanistica dovrebbero essere in grado di incoraggiare e supportare lo svolgimento dell'attività fisica nella popolazione generale (inclusi i disabili), assicurando che venga data la massima priorità a pedoni, ciclisti e a tutti coloro che utilizzano modalità di trasporto che prevedono lo svolgimento di attività fisica nel momento in cui si sviluppano o vengono effettuate opere di mantenimento delle strade, utilizzando ad esempio uno dei seguenti metodi: introducendo piste ciclabili, limitando l'accesso dei veicoli motorizzati, creando percorsi sicuri per le scuole, incrementando il numero di autovelox, introducendo il pagamento di pedaggi per l'utilizzo delle strade
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: I responsabili della pianificazione urbanistica


Raccomandazione n. 23
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione Le agenzie per la pianificazione e il trasporto, incluse le autorità regionali e locali, dovrebbero incoraggiare e supportare lo svolgimento dell'attività fisica nella popolazione generale (inclusi i disabili), pianificando e progettando una rete ampia di strade per andare a piedi, in bicicletta e altre modalità di trasporto che prevedano lo svolgimento di attività fisica. Queste strade dovrebbero offrire a ciascun individuo la possibilità di avere un accesso comodo e sicuro ai luoghi di lavoro, alle abitazioni, alle scuole e altre strutture pubbliche (negozi, aree verdi, strutture di comunità), nonché a spazi pubblici all'aperto; i sentieri pubblici devono essere mantenuti ad uno standard molto elevato
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Comunità
Destinatari: Agenzie per la pianificazione e il trasporto, incluse le autorità regionali e locali

Raccomandazione n. 24
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK

Raccomandazione
Architetti, designer, datori di lavoro e pianificatori dell'edilizia, dovrebbero promuovere l'attività fisica, assicurando collegamenti percorribili a piedi o in bicicletta tra le diverse parti dei campus (universitari o ospedalari)
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Luoghi di lavoro
Destinatari: Architetti, designer, datori di lavoro e pianificatori dell'edilizia

Raccomandazione n. 25
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione
Architetti, designer, dirigenti di strutture, responsabili di edifici pubblici (incluse scuole e luoghi di lavoro) dovrebbero promuovere l'attività fisica garantendo durante la costruzione o la ristrutturazione di edifici che le scale vengano posizionate in modo da incoraggiarne l'utilizzo. Le scale devono essere opportunamente segnalate e devono dotate di adeguata illuminazione e sottoposte a periodiche opere di mantenimento
Popolazione target: Popolazione generale
Setting: Luoghi di lavoro
Destinatari: Architetti, designer, dirigenti di strutture, responsabili di edifici pubblici (incluse scuole e luoghi di lavoro)

RACCOMANDAZIONI PER LA POPOLAZIONE IN ETA' LAVORATIVA

Raccomandazione n. 1 
Autore: Canadian Medical Association
Anno di pubblicazione: 2006
Paese: Canada
Raccomandazione I datori di lavoro sono in grado di promuovere l'attività fisica fra i loro dipendenti assicurando l'accesso a strutture sportive (per es. palestre nell'edificio di lavoro o stipulando convenzioni con strutture che si trovano nei pressi del luogo di lavoro) e la presenza di docce, rastrelliere per bici etc. per coloro che vogliono che l'attività fisica rientri a far parte della loro vita lavorativa quotidiana
Popolazione target: Popolazione in età lavorativa
Setting: Luoghi di lavoro
Destinatari: Datori di lavoro

Raccomandazioni del NICE

Raccomandazione n. 2
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione I datori di lavoro, gli operatori di Sanità Pubblica, i sindacati, altri rappresentanti dei lavoratori e gli impiegati stessi sono in grado di promuovere l'attività fisica nei luoghi di lavoro, sviluppando politiche in grado di massimizzare la partecipazione di tutti i lavoratori, che prevedano il coinvolgimento dello staff nella pianificazione e disegno del progetto e nel monitoraggio delle attività. Vi dovrebbero essere risorse dedicate e dovrebbero essere decisi obiettivi gestionali che possano essere raccordati con altri temi importanti (lotta al fumo, all'abuso di alcol, medicina e sicurezza sui luoghi di lavoro), dovrebbero esserci collegamenti con politiche nazionali e locali (per esempio sulla salute e i trasporti).
Popolazione target: Popolazione in età lavorativa
Setting: Luoghi di lavoro
Destinatari: Datori di lavoro, operatori di Sanità Pubblica, sindacati, responsabili per l'edilizia le strutture, lavoratori stessi

Raccomandazione n. 3
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione I datori di lavoro, gli operatori di Sanità Pubblica, i sindacati, altri rappresentanti dei lavoratori e gli impiegati stessi sono in grado di promuovere l'attività fisica nei luoghi di lavoro di introdurre e monitorizzare un programma che incoraggi e supporti i lavoratori ad essere fisicamente attivi. Questo potrebbe essere parte di un programma più ampio per migliorare le condizioni di salute in generale. Dovrebbe includere politiche di lavoro flessibile, politiche per incoraggiare i lavoratori a camminare, andare in bicicletta, e utilizzare altre modalità di trasporto che includano lo svolgimento di attività fisica (ad esempio, includendo all'interno dell'orario di lavoro il tempo necessario per il trasferimento al lavoro a piedi o in bicicletta), dovrebbe essere prevista la disseminazione delle informazioni sui benefici di una vita attiva e sulle opportunità esistenti a livello locale, sia all'interno che fuori dei luoghi di lavoro, ritagliate sulle necessità dei lavoratori stessi (ad es. anche di chi ha turni di notte), dovrebbero essere dato supporto e consulenza continui, e dovrebbe essere garantito un check dello stato di salute con focus sull'attività fisica da parte di medici opportunamente preparati
Popolazione target: Popolazione in età lavorativa
Setting: Luoghi di lavoro
Destinatari: Datori di lavoro, operatori di Sanità Pubblica, sindacati, responsabili per l'edilizia le strutture, lavoratori stessi

Raccomandazione n. 4
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione I datori di lavoro, gli operatori di Sanità Pubblica, i sindacati, altri rappresentanti dei lavoratori e gli impiegati stessi sono in grado di promuovere l'attività fisica nei luoghi di lavoro incoraggiando i lavoratori a percorrere almeno parte del tragitto per e da i luoghi di lavoro a piedi, in bici o altra modalità "attiva", per esempio sviluppando un "piano di viaggio", a muoversi di più sul lavoro, ad esempio a camminare per recarsi a meeting esterni, mettendo in bella vista segnali e distribuendo informazioni scritte in modo da incoraggiarli all'utilizzo delle scale anziché dell'ascensore, fornendo informazioni sulle piste ciclabili e i tragitti percorribili a piedi, incoraggiandoli a fare brevi passeggiate durante le pause e a fissare degli obiettivi da raggiungere in termini di distanze da percorrere a piedi o in bici e a monitorare le distanze percorse. Va tenuta di conto anche la tipologia di lavoro svolta anche in termini di sicurezza (per chi ha turni di notte, camminare da solo per strada potrebbe non essere auspicabile)
Popolazione target: Popolazione in età lavorativa
Setting: Luoghi di lavoro
Destinatari: Datori di lavoro, operatori di Sanità Pubblica, sindacati, responsabili per l'edilizia le strutture, lavoratori stessi

Raccomandazione n. 5
Autore: NHS (NICE)
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: UK
Raccomandazione I Direttori e gli operatori di Sanità Pubblica, le associazioni private strategiche, le organizzazioni di volontariato, i sindacati, le camere di commercio, le federazioni di commercianti sono in grado di promuovere l'attività fisica nei luoghi di lavoro, offrendo il proprio supporto a datori di lavoro che intendono implementare questa linea guida per incoraggiare i propri dipendenti ad essere più attivi, fornendo informazioni o collegamenti a risorse locali, fornendo consigli o risorse. Qualora le richieste fossero maggiori delle risorse disponibili, focalizzarsi dapprima su quelle imprese i cui lavoratori provengono da un background svantaggiato, in alta percentuale sono sedentari e sulle piccole e medie imprese
Popolazione target: Popolazione in età lavorativa
Setting: Luoghi di lavoro
Destinatari: Direttori e operatori di Sanità Pubblica, associazioni private strategiche, organizzazioni di volontariato, sindacati, camere di commercio, federazioni di commercianti

RACCOMANDAZIONI PER CATEGORIE PARTICOLARI DI ADULTI

Raccomandazione n. 1
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Durante la gravidanza e nel periodo post partum, donne sane che non siano già fisicamente attive dovrebbero praticare almeno 150 minuti di attività fisica di intensità moderata preferibilmente durante tutto l'arco della settimana
Popolazione target: Donne in gravidanza o in periodo post partum
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 2
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Durante la gravidanza e nel periodo postpartum, donne che praticano abitualmente attività aerobica di intensità vigorosa o che già sono molto attive, possono continuare a svolgere attività fisica a patto che rimangano sane e discutano con il proprio medico su come e quando debbano essere aggiustate le attività nel corso del tempo
Popolazione target: Donne in gravidanza o in periodo post partum
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 3
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Adulti diversamente abili, se possono, dovrebbero praticare almeno 150 minuti di attività moderata o 75 minuti di attività intensa a settimana, o una combinazione delle due modalità. Attività aerobica andrebbe praticata lungo tutto l'arco della settimana, in serie di almeno 10 minuti consecutivi
Popolazione target: Adulti diversamente abili
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 4
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Per avere ulteriori benefici per la salute, gli adulti diversamente abili che possono farlo dovrebbero praticare attività di intensità moderata o vigorosa capaci di rafforzare la muscolatura almeno 2 giorni a settimana
Popolazione target: Adulti diversamente abili
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 5
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione

Quando adulti con disabilità non possono seguire le raccomandazioni consigliate, dovrebbero comunque svolgere AF regolare, in relazione alle proprie capacità e dovrebbero evitare di essere sedentari
Popolazione target: Adulti diversamente abili
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 6
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Gli adulti diversamente abili dovrebbero consultare il proprio medico circa i livelli e il tipo di attività da praticare in relazione alle proprie capacità
Popolazione target: Adulti diversamente abili
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 7
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Adulti con patologie croniche dovrebbero praticare attività fisica secondo le proprie capacità
Popolazione target: Adulti con patologie croniche
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Raccomandazione n. 8
Autore: U.S. Department of Health and Human Services
Anno di pubblicazione: 2008
Paese: Stati Uniti
Raccomandazione Adulti con condizioni croniche dovrebbero essere seguiti da un medico. Coloro che presentano sintomi dovrebbero discutere con il proprio medico circa il tipo di attività e i livelli da praticare in relazione alle proprie capacità
Popolazione target: Adulti con patologie croniche
Setting: Comunità
Destinatari: Decisori politici, Istruttori di EF, Operatori Sanitari, Popolazione generale

Bibliografia cartacea

Atkins D, Best D, Briss PA, Eccles M, Falck-Ytter Y, Flottorp S, Guyatt GH, Harbour RT, Haugh MC, Henry D, Hill S, Jaeschke R, Leng G, Liberati A, Magrini N, Mason J, Middleton P, Mrukowicz J, O'Connell D, Oxman AD, Phillips B, Schünemann HJ, Edejer TT, Varonen H, Vist GE, Williams JW Jr, Zaza S; GRADE Working Group. Grading quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2004;328(7454):1490

Baldasseroni A, Bernhardt S, Cervino D., Gardini A, Salizzato L. Dossier SALEM: applicazioni di un metodo per la valutazione di prove di efficacia in Sanità Pubblica. *Epidemiologia e prevenzione* 2004;28(4-6):279-286 <http://www.epicentro.iss.it/ebp/pro-salem.asp> [accesso 27-07-2009]

Baldasseroni A, Bernhardt S, Ciani Passeri A. Valutazione dell'efficacia dell'intervento libretto d'idoneità sanitaria per alimentaristi (LISA) all'interno dei programmi di salute pubblica per la salubrità e la sicurezza degli alimenti <http://www.epicentro.iss.it/ebp/ebp-prezzo.asp> [accesso 27-07-2009]

Baldasseroni A, Bonvini D, de Belvis AG, Faggiano F, Franchi S, Ricciardi W (REProSP Network) - Ricerca sull'Efficacia dei Programmi di Sanità Pubblica Convegno: il CCM per la prevenzione programmi efficaci per la sanità pubblica Sanit Roma, 25 giugno 2008 Network di Centri di Ricerca e Servizi per la Prevenzione basata sulle prove di efficacia, il programma 2008-2009

Baldasseroni A, Dellisanti C. Dossier Fidippide: valutazione di efficacia del programma di sanità pubblica per l'avviamento all'attività sportiva agonistica e il periodico controllo sanitario di giovani al di sotto dei 35 anni. Dicembre 2005 http://www.epicentro.iss.it/ebp/sintesi_filippide.asp [accesso 27.07.2009]

Baldasseroni A, Dellisanti C. Dossier Apicius. Interventi per il controllo e la sicurezza degli alimenti per la prevenzione delle tossinfezioni alimentari: prove di efficacia. Aprile 2006 <http://www.epicentro.iss.it/ebp/report%20alimenti%20apicius4.pdf> [accesso 27-07-2009]

Baldasseroni A., Dellisanti C. Valutazione economica di un programma per la vaccinazione contro la varicella nei bambini e negli adolescenti suscettibili. Marzo 2007 http://www.epicentro.iss.it/ebp/varicella_ebp.asp [accesso 27-07-2009]

Baldasseroni A., Franchi S., Dellisanti C. Introduzione universale della vaccinazione contro le patologie causate da *Streptococcus pneumoniae* nei bambini e negli adulti: prove di efficacia Luglio 2007 http://www.epicentro.iss.it/ebp/strepto_pres.asp [accesso 27-07-2009]

Baldasseroni A, Olimpi N, Bonaccorsi G. Revisione sistematica dell'efficacia degli interventi per la prevenzione degli infortuni sul lavoro. *Med Lav* 2009; 100, 4: 268-271

Bernhardt S. "Metodologia della valutazione delle prove di efficacia in Sanità Pubblica". Tesi di specializzazione, 2003

Briss PA, Brownson RC, Fielding JE, Zaza S. Developing and using the guide to community Preventive Services: lessons learned about evidence-based Public Health *Annu Rev Public Health* 2004;25:281-302

Brownson RC, Baker EA, Leet TL, Gillespie KN. Evidence-based Public health. Oxford University press 2003

Brownson RC, Chiqui JF, Stamatakis KA. Understanding evidence-based Public Health Policy. *Am J Public Health*. 2009 Sep;99(9):1576-83

Cabana MD, Rand CS, Powe NR, Wu AW, Wilson MH, Abboud PA, Rubin HR. Why don't physicians follow clinical practice guidelines? A framework for improvement. *JAMA* 1999 Oct 20;282(15):1458-65

Campbell M, Fitzpatrick R, Haines A, Kinmonth AL, Sandercock P, Spiegelhalter D, Tyrer P. Framework for the design and evaluation of complex interventions to improve health. *BMJ* 2000;32:694-6

Chalmers I. Trying to do more Good than Harm in Policy and Practice: The Role of Rigorous, Transparent, Up-to-Date Evaluations The ANNALS of the American Academy of Political and Social Science. 2003; 589: 22-40

Concato J, Shah N, Horwitz R I. Randomized, controlled trials, observational studies, and the hierarchy of research designs. N Engl J Med 2000;342:1887-92

Cook DT, Campbell DT. Quasi-experimentation: design and analysis issues for field settings. Chicago, Rand McNally, 1979

Craig P, Dieppe P, Macynntyre S, Mitchie S, Nazareth I, Petticrew M. Developing and evaluating complex interventions: the new Medical Research Council guidance. BMJ 2008;337:979-983

Eccles M, Grimshaw J, Campbell M, Ramsay C. Research designs for studies evaluating the effectiveness of change and improvement strategies. Qual Saf Health Care 2003;12: 47-52

Elshaug AG, Hiller JE, Tunis SR, Moss JR. Challenges in Australian policy process for disinvestment from existing, ineffective health care practices. Aust New Zealand Health Policy 2007;4:23

Elshaug AG, Hiller JE, Moss JR. Exploring policy-makers' perspectives on disinvestment from ineffective healthcare practices. Int J of Technology Assessment in health care 2008;24(1):1-9

Faggiano F, Gelormino E, Mathis F, Vadrucci S, Giordano L, Sen C, Piccinelli C, Molinar R, Charrier L, Leigheb F, Fedele M, Bonvini D. Cessazione del fumo di tabacco. Linee Guida clinico-organizzative per la Regione Piemonte. Commissione Regionale Anti-tabacco. Quaderno n. 3 - maggio 2007

Feder G, Eccles M, Grol R, Griffiths C, Grimshaw J. Using clinical guidelines. BMJ 1999;318:728-730

Fervers B, Burgers JS, Haugh MC, Latreille J, Milka-Cabanne N, Paquet L, Coulombe M, Poirier M, Burnand B. Adaptation of clinical guidelines: literature review and proposition for a framework and procedure. *Int J Qual Health Care* 2006;18:167-176

Green S, Higgins J, editors. Glossary. *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* 4.2.5 [aggiornato a Maggio 2005]. <http://www.cochrane.org/resources/handbook/> [accesso 27.07.2009]

Guyatt G, Oxman AD, Vist GE, Kunz R, Falck-Ytter Y, Alonso-Coello P, Schünemann HJ; GRADE Working Group. GRADE: an emerging consensus on rating quality of evidence and strength of recommendations. *BMJ* 2008;336(7650):924-926

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Falck-Ytter Y, Vist GE, Liberati A, Schünemann HJ; GRADE Working Group. Going from evidence to recommendations. *BMJ* 2008;336(7652):1049-51

Guyatt GH, Oxman AD, Kunz R, Vist GE, Falck-Ytter Y, Schünemann HJ; GRADE Working Group. What is "quality of evidence" and why is it important to clinicians? *BMJ* 2008 3;336(7651):995-8

Hailey D, Corabian P, Harstall C, Schneider W. The use and impact of rapid health technology assessments. *Int J Technol Assess Health Care*. 2000 Spring;16(2):651-6

Hannah E L. Randomized Clinical Trials and Observational Studies. *J Am Coll Cardiol Intv* 2008;1:211-7

Health Promotion evaluation: recommendations to policy-makers. Report of the WHO European Working Group on Health Promotion evaluation. Copenhagen, WHO Regional Office for Europe, 1998 document EUR/ICP/IVST 05 01 03 http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR_ICP_IVST_05_01_03.pdf [accesso 27/07/2009]

Higgins JPT, Green S (editors). *Cochrane Handbook for Systematic Reviews of Interventions* Version 5.0.2 [aggiornato a Settembre 2009]. The Cochrane Collaboration, 2008. Disponibile al sito www.cochrane-handbook.org [accesso 27.07.2009]

IOM (1990). Clinical practice guidelines: Directions for a new program. Washington: National Academic Press, p. 38

Istituto Superiore di Sanità. Agenzia per i Servizi Sanitari Regionali. Programma Nazionale Linee Guida. Come produrre, diffondere e aggiornare raccomandazioni per la pratica clinica. Maggio 2002

Jackson N, Waters E (2005). Systematic reviews of health promotion and Public Health interventions - Guidelines

Jackson N. Systematic reviews of health promotion and Public Health interventions – Handbook

Jackson N, Waters E, for the Guidelines for systematic reviews in health promotion and public health taskforce. Criteria for the systematic review of health promotion and public health interventions. Health Promotion International 2005;20(4): 367-373

Kohatsu ND, Robinson JG, Torner JC. Evidence-based Public Health: an evolving concept. Am J Prev Med 2004;27(5):417-421

Lipscomb HJ, Dement JM. A counterview on data quality and the systematic review process for occupational injury interventions: are we missing the forest for the trees? Am J Prev Med. 2009 Apr;36(4):377-8

Merlin T, Weston A, Tooher R. Extending an evidence hierarchy to include topics other than treatment: revising the Australian “levels of evidence”. BMC medical Research Methodology 2009;9:34

Methods for the development of NICE public health guidance (second edition), 2009 <http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf> [accesso 27/07/2009]

Moher D, Liberati A, Tetzlaff J, Altman DG, The PRISMA Group. Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses: The PRISMA Statement. PLoS Med 6(7): e1000097. doi:10.1371/journal.pubmed.1000097

Moynihan R. *Evaluating Health Services: A Reporter Covers the Science of Research Synthesis*. Milbank Memorial Fund 2004

Muir Gray JA. *Evidence-based healthcare and Public Health. How to make decisions about health services and public health*, Churchill Livingstone 2008

Muth C, Gensichen J, Beyer M, Hutchinson A, Gerlach FM. The systematic guideline review: method, rationale, and test on chronic heart failure. *BMC Health Services Research* 2009;9:74.

Nutbeam D. How does evidence influence public health policy? Tackling health inequalities in England. *Health Promot J Aust* 2003;14:154-8

Ogilvie D, Egan M, Hamilton V, Petticrew M Systematic reviews of health effects of social interventions:1. Best available evidence: how low should you go? *J Epidemiol Community Health* 2005;59:886-892

Oxman AD, Cook DJ, Guyatt GH, Users' guide to the medical literature. VI. How to use an overview. *JAMA* 1994; 272(17): 1367-1371

Pawson R, Greenhalgh T, Harvey G, Walshe K. Realist review- a new method for systematic review designed for complex policy interventions. *J Health Serv Res Policy*. Vol 10 Suppl 1 July 2005

Pearce N. Traditional Epidemiology, modern epidemiology, and Public Health. *Am J Public Health* 1996;86:678-683

Perra A, Profea Cnesps-ISS, Roma 2005

Petticrew M. Systematic reviews from astronomy to zoology: myths and misconceptions. *BMJ* 2001;322:98-101

Petticrew M, Roberts H. Systematic Reviews- do they work in informing decision-making around health inequalities? *Health Economics, Policy and Law* 2008;3:197-211

Popper K. *Unended quest: An intellectual autobiography*. La Salle: Open Court 1982

Rossouw JE, Anderson GL, Prentice RL, LaCroix AZ, Kooperberg C, Stefanick ML, Jackson RD, Beresford SA, Howard BV, Johnson KC, Kotchen JM, Ockene J; Writing Group for the Women's Health Initiative Investigators. Risks and benefits of estrogen plus progestin in healthy postmenopausal women: principal results from the Women's Health Initiative randomized controlled trial. *JAMA* 2002;288:321-33

Sackett D. Evidence based medicine: what it is and what it isn't *BMJ* 1996;312:71-72

Schunemann HJ, Best D, Vist G, Oxman AD. Letters, numbers, symbols and words: how to communicate grades of evidence and recommendations. *CMAJ* 2003;169:677-80

Shekelle P, Eccles MP, Grimshaw JM, Woolf SH. When should clinical guidelines be updated? *BMJ* 2001;323:155-157

Shepperd S, Lewin S, Straus S, Clarke M, Eccles MP, Fitzpatrick R, Wong G, Sheikh A. Can we systematically review studies that evaluate complex interventions? *PLoS Med* 2009;6(8):e1000086. doi:10.1371/journal.pmed.1000086

Sorian R, Baugh T. Power of information: closing the gap between research and policy. When it comes to conveying information to busy policy-makers, a picture is truly worth a thousand words. *Health Aff (Millwood)* 2002;21:264-273

Task Force on Community Preventive Services. *The Guide to Community Preventive Services. What Works to Promote Health?* Jan 2005

Victora CG, Habicht JP, Bryce J. Evidence-Based Public Health: Moving Beyond Randomization Trials. *Am J Public Health* 2004;94:400-405

Watt A, Cameron A, Sturm L, Lathlean T, Babidge W, Blamey S, Facey K, Hailey D, Norderhaug I, Maddern G. Rapid reviews versus full systematic reviews: an inventory of current methods and practice in health technology assessment. *Int J Technol Assess Health Care* 2008 Spring;24(2):133-9

Woolf SH. The meaning of translational research and why it matters. *AMA* 2008;299: 211-213.

Bibliografia elettronica accesso 01/10/2009

<http://www.ahrq.gov/clinic/uspstf/grades.htm>

http://asr.regione.emiliaromagna.it/wcm/asr/collana_dossier/doss060/link/doss60.pdf

<http://www.cdc.gov/vaccines/recs/acip/downloads/min-oct07.pdf>

<http://www.cebm.net/index.aspx?o=1025>

http://www.ccm-network.it/documenti_Ccm/.../Relazione_A1Buiatti.pdf

<http://www.cochrane.org/resources/glossary.htm>

<http://www.ctfphc.org/>

<http://www.epicentro.iss.it/ebp/valutazione.asp>

<http://www.guideline.gov/>

<http://www.nice.org.uk/>

<http://www.nice.org.uk/media/2FB/53/PHMethodsManual110509.pdf>

<http://www.nice.org.uk/guidance/index.jsp?action=download&o=34562>

<http://www.sign.ac.uk/guidelines/fulltext/50/annexb.html>

<http://www.snlg-iss.it/>

<http://www.thecommunityguide.org/index.html>

http://whqlibdoc.who.int/euro/1998-99/EUR_ICP_IVST_05_01_03.pdf