



Network Italiano per la Evidence Based Prevention

Selezione degli interventi di prevenzione efficaci e valutazione di costo efficacia: la metodologia.

A cura di: Marta De Vito, Bianca DiBari, Cristiano Piccinelli, Nerina Dirindin, Fabrizio Faggiano, Carlo Senore.

Indice:

1 - Selezione degli interventi di prevenzione efficaci

1.1 - Revisione della letteratura scientifica per l'evidenza di efficacia degli interventi

2 - Valutazione costo-efficacia degli interventi selezionati nel repository

2.1 - Schede di costo-efficacia per intervento selezionato

2.2 - Scenari di interventi e stima di costi

La realizzazione di questo repository di interventi di documentata efficacia, ha preso avvio all'interno del progetto del Ministero della Salute CCM 2017 “Scegliere le priorità di salute e selezionare gli interventi efficaci per prevenire il carico delle malattie croniche non trasmissibili.”, ed è uno degli strumenti che il Laboratorio della Prevenzione mette a disposizione delle istituzioni per facilitare l'informazione degli stakeholder impegnati nella programmazione dei Piani di Prevenzione.

Questo catalogo, che risponde al macro-obiettivo “Prevenzione e riduzione delle malattie croniche non trasmissibili” previsto dal Piano Nazionale della Prevenzione 2020-2025, raccoglie schede che documentano per ogni intervento le evidenze disponibili rispetto alle seguenti dimensioni: efficacia, sostenibilità, trasferibilità, impatto sull'equità.

Il lavoro del Laboratorio è stato incentrato su interventi preventivi in grado di contrastare/ridurre i tre principali fattori di rischio prevenibili per le malattie croniche non trasmissibili: il consumo di tabacco, l'inattività fisica e l'alimentazione scorretta.

Per ogni intervento presente nel repository, è stata realizzata una scheda che riporta una stima dei costi necessari per la sua implementazione e una stima di costo-efficacia.

Inoltre, sono stati predisposti alcuni scenari che combinano interventi diversi per un singolo fattore di rischio e ne valutano il rapporto di costo-efficacia.

1 - Selezione degli interventi efficaci.

Per ciascun intervento è stata elaborata una scheda di sintesi che riporta i risultati della valutazione delle diverse dimensioni scientifiche, sociali ed economiche.

In particolare, sono stati analizzati i seguenti aspetti:

-Efficacia teorica e forza dell'evidenza: con il concetto di efficacia ci si riferisce all'esito positivo di valutazioni dell'intervento condotte in un contesto sperimentale, in condizioni controllate (6).

Sono stati selezionati interventi supportati da prove di efficacia derivate da studi di buona qualità, sperimentali, o osservazionali, basandosi sui criteri adottati dall'Evidence Based Medicine (EBM) e Evidence Based Prevention (EBP). In particolare, per ciascun intervento è stata riportata l'efficacia teorica derivante da studi clinici randomizzati, revisioni sistematiche e/o linee guida internazionali di alta qualità.

- **Equità:** dalla revisione della letteratura scientifica (revisioni sistematiche e studi clinici randomizzati) e dalla discussione con esperti sono state raccolte le informazioni relative all'impatto dell'intervento sull'equità, ricercando possibili disparità di efficacia e/o copertura dell'intervento associate a differenze socioeconomiche dei soggetti.

- **Sostenibilità:** la Commissione Europea e l'Oms intendono per sostenibilità l'efficacia della pratica nel tempo, che continua anche dopo l'intervento stesso (7). Nel concetto di sostenibilità rientrano la dimensione economica, ambientale e sociale (6). La sostenibilità degli interventi selezionati è stata analizzata in base all'evidenza scientifica, alla valutazione delle esperienze esistenti e documentate a livello nazionale e internazionale, ma anche all'esperienza degli esperti coinvolti nella stesura del lavoro.

-**Fattibilità:** è stata valutata tramite l'evidenza scientifica, e l'esperienza degli esperti coinvolti nella stesura del lavoro, la fattibilità dell'intervento nel contesto italiano; ove presenti sono state riportate informazioni riguardo alla sostenibilità economica e sociale dell'intervento nel tempo.

- *Modalità di implementazione e risorse necessarie:* le informazioni relative alle modalità di implementazione dell'intervento sono state derivate dall'evidenza scientifica, tramite consultazione di revisioni sistematiche e manuali di prevenzione (6). Comprendono strategie volte ad aumentare il numero di soggetti coinvolti nell'intervento (sia professionisti che erogano l'intervento sia individui cui esso si rivolge), a garantirne la miglior realizzazione e conoscenza a livello territoriale. Inoltre, sono state documentate, ove disponibili, le risorse necessarie (incluse: formazione del personale, materiali di supporto informatici e cartacei, strumenti per la promozione e la pubblicizzazione degli interventi).

-*Operatori coinvolti:* sono stati identificati i professionisti necessari a realizzare l'intervento in ogni sua parte, tramite informazioni provenienti dalla letteratura ed esperienze maturate dal gruppo di lavoro.

- **Caratteristiche dell'intervento:** dalla documentazione ricercata ad hoc (rapporti dei trial, revisioni sistematiche, linee guida italiane e internazionali) sono state estratte le principali informazioni sull'intervento ovvero tipologia, durata, modalità di erogazione, professionisti coinvolti, destinatari.

- *Popolazione target:* dalla ricerca in letteratura e dalla consulenza con gli esperti è stata individuata la popolazione target, cui è indirizzato lo specifico intervento (generalmente popolazione adulta, di età pari o superiore ai 18 anni che presenta uno dei 3 fattori di rischio: uso del tabacco, inattività fisica, alimentazione scorretta). I dati sulla popolazione italiana derivano dalla consultazione delle indagini sullo stato di salute e sulle sorveglianze disponibili per l'Italia (Istat, Indagine Passi).

Sono stati esclusi interventi indirizzati esclusivamente ai minori di età di 14 anni, donne in gravidanza, soggetti affetti da patologie acute e/o gravi.

- *Setting*, considerando interventi attuabili in ambito sanitario (ambulatorio di medicina generale, ambulatori ASL, strutture per le cure primarie), di comunità e nei luoghi di lavoro. Sono stati esclusi interventi realizzati nel contesto scolastico.

-*Potenziale bacino di utenza*: in base al contesto di applicazione e alla tipologia di intervento si è ipotizzato il possibile bacino di utenza, ovvero l'insieme dei soggetti che presentano uno dei tre fattori di rischio e che potrebbero essere raggiunti dall'intervento, basandosi anche su dati Italiani ove presenti (ISTAT, Indagine PASSI) (9; 10).

-**Trasferibilità**: con trasferibilità dell'intervento si intende la possibilità di mostrare il suo funzionamento, o la sua efficacia, in situazioni diverse, e la possibilità di esportarlo e replicarlo (6;10;11;12). Gli aspetti considerati per valutare questo criterio comprendono le modalità di implementazione e le barriere.

-*Determinanti della copertura e dell'impatto*: Sono stati riportati, ove presenti, dati relativi alla realtà italiana, o, in caso di mancanza, dati provenienti dalla letteratura internazionale, relativi ai possibili determinanti della copertura e dell'impatto dell'intervento (percentuali di soggetti che potrebbero essere sottoposti all'intervento, percentuale di operatori che potrebbero erogarlo, strutture disponibili ecc.).

-*Barriere all'implementazione e accettabilità*: sono state considerate le barriere che potrebbero ostacolare la realizzazione e l'accettazione dell'intervento, sia da parte degli operatori, sia dei soggetti interessati (ad esempio mancanza di tempo, formazione carente, difficoltà economiche, mancata conoscenza del servizio disponibile). Tali informazioni derivano dalla consultazione della letteratura scientifica (revisioni sistematiche, studi clinici, manuali di prevenzione).

1.1 - Revisione della letteratura scientifica per l'evidenza di efficacia degli interventi

1) Revisione degli archivi esistenti

- Network Italiano Evidence Based Prevention (NIEBP) (5) che raccoglie per i vari obiettivi del Piano Nazionale di Prevenzione 2020-2025 una sintesi delle principali evidenze presenti in letteratura. Il sito riporta in lingua italiana le principali informazioni derivate da revisioni sistematiche di alta qualità su interventi di prevenzione risultati efficaci o meno, presenti nei database Cochrane Database of Systematic Review e Health Evidence, pubblicate dal 2015 in avanti. Tra i lavori presenti sul Network sono stati selezionati gli interventi sui temi di nostro interesse (tabacco, inattività fisica e alimentazione) con prove di efficacia e rivolti alla sola popolazione adulta.

- Report 2016 del Laboratorio della Prevenzione della Regione Piemonte “Priorità per prevenire le malattie croniche in Piemonte: il carico della disabilità, la frazione prevenibile e gli impatti sanitari ed economici.” dove sono descritti alcuni interventi in grado di ridurre l'impatto delle malattie croniche agendo sui fattori di rischio.

- Report “Dalle buone pratiche agli Ipest: un nuovo strumento per la prevenzione efficace”(6)in cui vengono definiti i criteri di efficacia, trasferibilità e sostenibilità di interventi preventivi, e vengono presentati alcuni interventi di prevenzione che coinvolgono anche i fattori di rischio di nostro interesse.

Sono stati estratti gli studi sugli interventi rispondenti ai criteri di selezione adottati e, successivamente, è stata condotta una ricerca a palla di neve, ricercando articoli di possibile interesse derivati dalla bibliografia degli studi selezionati.

2) Ricerca di letteratura

- Database: PubMed, Cochrane Database of Systematic Review, Health Evidence, Clinical trial.gov, Archivi: NICE Guidelines, WHO, Epicentro.
per la valutazione degli interventi di contrasto all'abitudine al fumo è stata utilizzata le recente revisione pubblicata da U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. Public Health Service Office of the Surgeon General Rockville, MD Smoking Cessation A Report of the Surgeon General.
- Arco temporale di ricerca: lavori pubblicati dal 2003 al 2020.
- Termini Mesh: smoking, physical activity, diet, intervention, prevention.
- Altre parole chiave libere per fattore di rischio:
 - Tabacco: smoking, smoking cessation, smoking prevention, counselling, counseling, general practice, general practitioners, nursing intervention, quit-line, mobile phone text messaging.
 - Attività fisica: physical activity, counselling, counseling, general practice, general practitioners, walking group, green prescription.
 - Alimentazione: diet, health diet, counselling, counseling, general practice, general practitioners dietary advice, fruit and vegetable, sugar tax, mobile phone applications, workplaces.

Sono stati selezionati studi clinici randomizzati, revisioni sistematiche e metanalisi riguardanti solo studi su adulti, da cui estrarre le caratteristiche dell'intervento e della popolazione target.

Sono state realizzate le seguenti schede suddivise per fattore di rischio:

- Uso di tabacco:
 - Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dal Medico di Medicina Generale
 - Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dall'infermiere
 - Quit-line per la cessazione dell'uso di tabacco
 - SMS automatizzati per favorire la cessazione dell'uso di tabacco
 - La tassazione dei prodotti del tabacco per contrastare il tabagismo
 - Terapia farmacologica (da MMG o centro antifumo) (attività in corso)
 - Centro antifumo (attività in corso)
- Inattività fisica:
 - Counseling per la promozione dell'attività fisica svolto dal Medico di Medicina Generale
 - I gruppi di cammino per promuovere l'attività fisica tra i soggetti sedentari
 - La prescrizione scritta di attività fisica come intervento di promozione tra i soggetti sedentari
- Alimentazione:
 - Counseling nutrizionale svolto dal Medico di Medicina Generale per la promozione di un'alimentazione corretta
 - Counseling nutrizionale svolto dall'infermiere di comunità per la promozione di un'alimentazione corretta
 - Tassazione delle bevande zuccherate per ridurre l'apporto di zuccheri semplici
 - Le Applicazioni per smartphone per favorire un'alimentazione corretta

2 - Valutazione costo-efficacia degli interventi selezionati nel repository

L'attività svolta comprende due fasi: la prima di ricognizione e analisi degli aspetti economici contenuti nella letteratura specialistica, la seconda di elaborazione di scenari di implementazione di interventi nel contesto italiano.

Per ogni programma di prevenzione è stato stimato un costo per persona trattata e, quando possibile, un costo per risultato ottenuto (persona che, sottoposta all'intervento, cambia abitudini).

2.1 Schede di costo-efficacia per intervento selezionato

La revisione degli studi che riportano valutazioni economiche ha consentito di individuare quali principali riferimenti bibliografici alcune specifiche fonti. In particolare, sono state consultate le seguenti banche bibliografiche: PubMed, Cochrane, Science Direct, sezione Health Science; sono state prese in considerazione le pubblicazioni di: NICE(21, 22), ACE (13), OECD (24, 26), WHO (27, 28, 29), Centers for Disease Control and Prevention, Center for Global Development, European Commission, Centre for Health Economics (University of York); sono stati analizzati gli studi contenuti nelle riviste: The Lancet, British Medical Journal European Journal of Health Economics, Journal of Economic Perspectives. Sono stati esaminati report e pubblicazioni, che documentino casi di adozione degli interventi di interesse. Per ciascuno di essi è stata verificata l'assenza di conflitti di interesse.

La presenza in letteratura di valutazioni economiche è generalmente scarsa, e, data la carenza di analisi condotte in Italia, la quasi totalità degli studi e dei dati riportati si riferiscono al contesto internazionale.

Sono state considerate, laddove presenti, le seguenti informazioni: costi di attuazione e gestione degli interventi, costo per persona trattata, costo per individuo che modifica il proprio stile di vita (quitter dell'abitudine al fumo, soggetto sedentario che diventa attivo, individuo che cambia abitudini alimentari) costo per DALY (Disability adjusted life years) evitato o costo per QALY (Quality adjusted life years) guadagnato, ICER (incremental cost-effectiveness ratio), ROI (return of investment) (14, 17, 18, 19, 20, 21, 22, 23, 25).

L'interpretazione dei dati di costo risulta non agevole a causa dei diversi periodi di elaborazione degli studi e delle diverse valute nelle quali sono espressi i risultati. Al fine di rendere confrontabili i valori considerati, si è ritenuto di esprimere in euro a prezzi correnti, utilizzando i tassi di cambio della valuta straniera contro l'euro¹ al 31/12 dell'anno di pubblicazione dello studio e l'indice dei prezzi al consumo delle famiglie di operai e impiegati (FOI) al novembre 2020².

I risultati ottenuti, per quanto non tengano conto di tutti i fattori temporali e spaziali che influiscono sui valori considerati, consentono un confronto fra i diversi studi immediato e rilevante, anche tenendo conto che elaborazioni più puntuali non modificherebbero in modo significativo le conclusioni. I risultati sono discussi in ogni scheda con riferimento a indicatori omogenei e, per quanto possibile, alle diverse caratteristiche dello studio.

Le informazioni sono state inserite all'interno di schede sintetiche in cui vengono delineati il contesto e le diverse modalità di realizzazione dell'intervento preso in esame, in modo tale che possano essere utilizzate sia come integrazione alle schede di descrizione degli interventi, sia come documenti singoli.

Per i dati italiani di natura non economica le principali fonti sono l'ISTAT e l'Indagini PASSI.

¹ Si è utilizzato il tasso di cambio tra l'euro e la valuta straniera pubblicato da Banca d'Italia.

² Si è utilizzato il coefficiente Istat di rivalutazione monetaria tra la media annua dell'indice dei prezzi al consumo dell'anno di pubblicazione dello studio e l'indice dei prezzi al consumo di novembre 2020. -

<http://rivaluta.istat.it:8080/Rivaluta/;jsessionid=008B1543A5D905C98A20360EF437E3C6>

Sono state realizzate le seguenti schede suddivise per fattore di rischio:

- Cessazione dell'uso di tabacco:
 - Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dal Medico di Medicina Generale;
 - Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dall'infermiere;
 - Quit-line per la cessazione dell'uso di tabacco e SMS automatizzati per favorire la cessazione dell'uso di tabacco.
- Promozione dell'attività fisica:
 - Counselling per la promozione dell'attività fisica svolto dal Medico di Medicina Generale;
 - Gruppi di cammino per promuovere l'attività fisica tra i soggetti sedentari;
 - Prescrizione scritta di attività fisica come intervento di promozione tra i soggetti sedentari.
- Alimentazione:
 - Counselling nutrizionale svolto dal Medico di Medicina Generale per la promozione della corretta alimentazione;
 - Counselling nutrizionale svolto dall'infermiere per la promozione della corretta alimentazione;
 - Applicazioni per smartphone per favorire l'alimentazione corretta.

2.2 - Scenari di interventi e stima di costi

La seconda fase del lavoro ha previsto l'elaborazione di scenari di implementazione di alcuni degli interventi documentati nel contesto italiano. A tal fine si è proceduto con un approccio interdisciplinare, integrando le informazioni organizzative e di efficacia (struttura del programma, popolazione target, potenziale bacino d'utenza, operatori coinvolti, efficacia teorica ed efficacia in pratica, contenute nelle schede di descrizione degli interventi) con i dati economici reperiti nella letteratura, o desumibili dalle evidenze empiriche nazionali (in particolare, stima del valore economico del tempo del personale coinvolto - medici di medicina generale, infermieri, psicologi – ricavata da fonti amministrative delle aziende sanitarie; costi di progettazione dei corsi di formazione; costi di gestione del programma ed eventuali costi per servizi e attrezzature).

Gli scenari sono costruiti su una popolazione di 100.000 persone e su un orizzonte temporale di 1 anno.

La base di partenza, comune a tutti gli scenari, è costituita dai dati nazionali sul numero assoluto delle persone potenzialmente coinvolgibili (numero di fumatori, di individui sedentari o di persone con comportamenti alimentari scorretti, ricavati dalle indagini PASSI e ISTAT) e dal numero di pazienti che accedono all'ambulatorio del Medico di Medicina Generale.

La valutazione economica è stata condotta per tutti gli scenari dal punto di vista del servizio sanitario nazionale/locale; pertanto, sono state considerate solo le voci di *costo "diretto"*, relative alle risorse direttamente impiegate nel trattamento, interamente sostenute dal SSN.

Sono quindi stati stimati:

- il numero di persone da trattare (fumatori/sedentari/persone che non seguono un regime alimentare adeguato) su 100.000 persone;
- il numero di persone da trattare che accedono all'ambulatorio di un Medico di Medicina Generale o si interfacciano con un professionista adeguatamente formato e in grado di erogare l'intervento;
- il valore economico, al lordo degli oneri a carico del datore di lavoro, del tempo lavoro del/dei professionista/i e operatore/i coinvolto/i;

- il costo del lavoro per persona trattata, tenuto conto delle informazioni sulla durata dell'intervento.

In tutti gli scenari sono stati stimati, ove rilevanti, i costi fissi per la formazione del personale (ad esempio, progettazione e realizzazione dell'attività formativa e tempo dedicato dal medico o dall'infermiere alla partecipazione alla formazione) e ulteriori costi fissi (progettazione, pubblicizzazione, servizi e attrezzature). Il costo totale dell'intervento (ottenuto come somma dei costi fissi e dei costi variabili) è stato quindi rapportato al numero di persone trattate ottenendo il *costo per trattamento* (costo per output).

Il *costo per risultato ottenuto* (per persona che cambia abitudini) è stato infine ottenuto tenuto conto dei dati di efficacia teorica risultanti dalla specifica letteratura (costo per outcome).

L'analisi dei costi, oltre ad offrire indicazioni circa l'impegno finanziario necessario per la realizzazione dell'intervento, consente di comprendere il peso delle diverse voci di costo e la variabilità dei costi al crescere della platea di persone trattate (economie di scala). Le stime ottenute possono essere utilizzate per confronti con le evidenze riscontrate nella letteratura internazionale e nazionale (15, 16).

Gli scenari analizzati sono i seguenti:

- Cessazione dell'uso di tabacco:
 - Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dal Medico di Medicina Generale;
 - Counselling per la cessazione dell'uso del tabacco svolto dall'infermiere;
 - Quit-line per la cessazione dell'uso di tabacco.
- Promozione dell'attività fisica:
 - Counselling per la promozione dell'attività fisica svolto dal Medico di Medicina Generale.

Potenzialità e limiti

Lo studio tiene conto delle pubblicazioni e dei report ritenuti più significativi nell'ambito della letteratura specialistica. La ricognizione delle principali banche bibliografiche ha consentito un'analisi delle esperienze più riconosciute, e indipendenti, a livello nazionale e internazionale che - per quanto non sistematica – ha fornito le basi per una adeguata revisione delle valutazioni costo-efficacia disponibili.

La letteratura in materia è risultata piuttosto carente: gli studi di efficacia contengono solo in alcuni casi informazioni sul costo degli interventi, mentre le analisi di costo-efficacia sono spesso parziali. Gli studi che affrontano gli aspetti economici mancano di una “tassonomia” degli interventi, ovvero di una classificazione precisa e univoca delle diverse tipologie esistenti. Ad esempio, nel caso del counseling breve per l'incremento dell'attività fisica, spesso gli autori fanno genericamente riferimento a “interventi brevi”, senza alcuna distinzione fra counseling breve semplice e counseling che contempla la previsione da parte del MMG (o dell'infermiere) della prescrizione di esercizi, o di una consulenza offerta da un fisioterapista, o altro professionista. Allo stesso modo, dalla letteratura è spesso impossibile rilevare in dettaglio la variante di counseling preso in considerazione, a fronte di tipologie che sul piano dei costi possono richiedere differenti impegni di risorse. Per il solo counseling breve generico, ad esempio, esistono diverse varianti: singolo, di gruppo, di persona, per telefono, via internet, con o senza materiale di auto-aiuto, ecc.

Nell'analisi degli studi di costo-efficacia, il gruppo di lavoro ha prestato particolare attenzione alla molteplicità di fattori che incidono sui risultati ottenuti: le differenti metodologie utilizzate, le diverse componenti di costo considerate, l'indicatore scelto per esprimere gli outcome (QALY o DALY) e i diversi scenari di partenza. I risultati analizzati risentono inoltre delle differenze nei sistemi sanitari nazionali, nei sistemi di incentivi per le istituzioni o il personale sanitario, nelle pratiche professionali, nelle caratteristiche della popolazione target, nei profili di rischio, nella prevalenza delle patologie, nel potere d'acquisto della moneta nazionale, nella disponibilità e nell'accesso alle tecnologie. La decisione di implementare un

programma implica, inoltre, considerazioni su aspetti etici, politici e culturali, e questioni che riguardano l'equità, la capacità, i bisogni e le priorità propri di ciascuna realtà nazionale. Tenendo conto di questa molteplicità di fattori, il programma che presenta il rapporto di costo-efficacia più basso può non essere sempre l'opzione migliore da perseguire.

Per quanto concerne l'adattabilità al contesto italiano, ulteriori aspetti da esaminare riguardano la quantità e il valore monetario dell'input necessario, la trasferibilità di voci di costo e di efficacia, la eventuale presenza di economie di scala, ed altri fattori che possano favorire o ostacolare l'implementazione dell'intervento.

Riferimenti:

1. World Health Organization. Active ageing: a policy frame work. Geneva: WHO; 2002. (WHO/NMH/NPH/02.8). Disponibile all'indirizzo: http://whqlibdoc.who.int/hq/2002/WHO_NMH_NPH_02.8.pdf; ultima consultazione 18/03/13.
2. Piccinelli C, Pagano E, Segnan N. Un laboratorio di prevenzione quale strumento per ridurre le malattie croniche non trasmissibili e la spesa sanitaria. *EpidemiolPrev* 39 (3) maggio-giugno 2015
3. Institute for Health Metrics and Evaluation. Global Burden of Disease (GBD). Washington 2014. Disponibile all'indirizzo: www.healthdata.org/gbd
4. NIEBP. Prevenzione primaria del fumo di tabacco. Linee guida prevenzione. 2013. (disponibile al sito: http://www.snlg-iss.it/lgp_fumo_2013)
5. NIEBP. Network Italiano Evidence Based Prevention. Sito: <https://www.niebp.com/>
6. Fabrizio Faggiano, Silvia Caristia, Alessandro Coppo, Elena Coffano, Paola Ragazzoni e gli allievi del primo corso della scuola Aspp. Dalle buone pratiche agli Ipest: un nuovo strumento per la prevenzione efficace. 2017
7. Bollars C., Kok H., Stephan V. den B., Gerard M., User manual. European Quality Instrument for Health Promotion (EQUIHP), Woerden, 2005
8. ISTAT. Sito: <http://www.istat.it/it/files/2016/12/Asi-2016.pdf>
9. Istituto Superiore di Sanità. Epicentro. L'epidemiologia per la sanità pubblica. Sorveglianza PASSI. Disponibile all'indirizzo: <http://www.epicentro.iss.it/passi/default.asp>
10. Public Health Agency of Canada, Canadian Best Practice Portal, 2015. Disponibile all'indirizzo: <http://cbpp-pcpe.phac-aspc.gc.ca/interventions/aboutbest-practices/>.
11. DoRS, Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, Buone pratiche cercasi. La griglia di valutazione DoRS per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute, a cura di P.Ragazzoni, C.Tortone, E.Coffano, 2011. Disponibile all'indirizzo: www.dors.it/alleg/bp/201406/best%20practice_webversion_def.pdf
12. Groah S.L., Libin A., Lauderdale M., Kroll T., DeJong G., Hsieh J., "Beyond the evidence-based practice paradigm to achieve best practice in rehabilitation medicine: a clinical review", in PM R, vol. 1, n. 10, pp. 941-50, Oct. 2009
13. ACE-Prevention, "Assessing Cost-effectiveness of Obesity Prevention Policies in Australia", 2018
14. Des de Moor, "Walking works" (Strumento del NHS), 2013
15. Dirindin e Vineis, "Elementi di economia sanitaria", 2004 (seconda edizione), Il Mulino, Bologna
16. Drummond et al., "Methods for the Economic Evaluation of Health Care Programmes", 2015 editore??
17. Feenstra et al., "Cost-Effectiveness of Face-to-Face Smoking Cessation Interventions: A Dynamic Modeling Study", Value in Health, 2005, Science Direct
18. Flack et al., "A Rapid Review of: The Cost-Effectiveness of National Health Services Treatments for Smoking Cessation in England", NICE, 2006
19. Harris et al., "A review of the cost-effectiveness of individual level behaviour change interventions" North West Public Health Observatory, Liverpool Centre for Public Health, 2011
20. Kahende et al., "A Review of Economic Evaluations of Tobacco Control Programs", International Journal of Environmental Research and Public Health, 2009
21. NICE, "Estimating Return on Investment of Tobacco Control: NICE Tobacco ROI Tool", 2014
22. NICE, March 2006, "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", <http://www.nice.org.uk/nicemedia/live/11373/31838/31838.pdf>
23. Parrott et al., "Cost-effectiveness of the English Smoking Treatment Services", Centre for Health Economics, University of York, 2006
24. Sassi et al., "Improving lifestyles, tackling obesity: the health and economic impact of prevention strategies", Oecd Health Working Papers No. 48, 2009
25. Tomson et al., "Quitline in smoking cessation: A cost-effectiveness analysis", International Journal of Technology Assessment in Health Care, 20:4 (2004), 469–474.
26. Vos et al., "Assessing Cost-Effectiveness in Prevention", ACE-Prevention, 2010
27. WHO, "Assessment of the Economic Costs of Smoking", 2011
28. WHO, "Developing and improving national toll-free tobacco quit line services", 2011
29. WHO, "The case for investing in public health", 2014