Gesundheitsförderung Schweiz
Promotion Santé Suisse
Promozione Salute Svizzera

Luglio 2026



Foglio di lavoro 68

Efficacia, appropriatezza ed economicità nella prevenzione nell'ambito delle cure (PADC)

Promozione Salute Svizzera è una fondazione sostenuta da Cantoni e assicuratori. Su incarico della Confederazione, essa avvia, coordina e valuta le misure volte a promuovere la salute e a prevenire le malattie (art. 19 della Legge federale sull'assicurazione malattie). La Fondazione sottostà alla vigilanza della Confederazione. L'organo decisionale supremo è il Consiglio di fondazione. Promozione Salute Svizzera ha due sedi operative, situate negli uffici di Berna e Losanna. Ogni persona residente in Svizzera versa annualmente 4.80 CHF a favore di Promozione Salute Svizzera, importo che viene prelevato dagli assicuratori malattia.

Ulteriori informazioni: www.promozionesalute.ch

Nell'ambito della serie **«Fogli di lavoro»** vengono pubblicati documenti di riferimento, allestiti o commissionati da Promozione Salute Svizzera, miranti a supportare le figure professionali nell'attuazione e nella valutazione di misure di promozione della salute e prevenzione. Responsabili dei contenuti dei fogli di lavoro sono le rispettive autrici e i rispettivi autori. I fogli di lavoro di Promozione Salute Svizzera sono in genere disponibili in formato elettronico (PDF).

Nota editoriale

Edito da
Promozione Salute Svizzera

Direzione del progetto Promozione Salute Svizzera
Dr.ssa Giada Gianola, gestione degli impatti

Redatto da
- Dr.ssa Stefanie Ettelt, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS
- Kilian Künzi, Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS

Citazione suggerita
Ettelt, S. & Künzi, K. (2026). *Efficacia, appropriatezza ed economicità nella prevenzione nell'ambito delle cure (PADC).* Foglio di lavoro 68. Su incarico di Promozione Salute Svizzera. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.

Immagine di copertina
iStock

Serie e numero
Promozione Salute Svizzera, foglio di lavoro 68

Informazioni
Promozione Salute Svizzera, Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna, Tel. +41 31 350 04 04, office.bern@promotionsante.ch, www.promozionesalute.ch

Numero di ordinazione
04.0645.IT 07.2026

La presente pubblicazione è disponibile anche in tedesco e in francese (numeri di ordinazione 04.0645.DE 07.2026 e 04.0645.FR 07.2026).

Scarica PDF
www.promozionesalute.ch/pubblicazioni

© Promozione Salute Svizzera, luglio 2026

Indice

1 Situazione di partenza e incarico **4**

2 Basi informative e procedura **5**

3 I criteri EAE nell'assicurazione malattie **6**

4 Applicazione dei criteri EAE nella PADC **8**
4.1 Sfide metodologiche e pratiche 8
4.2 Principi per l'applicazione dei criteri EAE nell'ambito della PADC 9

5 Indicatori per i criteri EAE nel sostegno di progetti PADC **17**
5.1 Efficacia 17
5.2 Appropriatezza 20
5.3 Economicità 21

6 Considerazioni finali **23**

7 Riferimenti bibliografici **24**

Allegati **26**
A-1 Tabella degli indicatori dei criteri EAE nella PADC 26

Elenco delle abbreviazioni

AOMS	Assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie
CBA	Cost-benefit analysis
CCA	Cost-consequences analysis
CEA	Cost-effectiveness analysis
CUA	Cost-utility analysis
DALY	Disability-adjusted life year
EAE	Efficacia, appropriatezza, economicità
LAMal	Legge federale sull'assicurazione malattie
PADC	Prevenzione nell'ambito delle cure
QALY	Quality-adjusted life year
RCT	Randomized controlled trial
ROI	Return on Investment
UFSP	Ufficio federale della sanità pubblica
UST	Ufficio federale di statistica

1 Situazione di partenza e incarico

La verifica dell'impatto e dell'efficienza dei progetti e delle misure che hanno beneficiato di un sostegno è un obiettivo strategico di Promozione Salute Svizzera. Il settore d'intervento Prevenzione nell'ambito delle cure (PADC) persegue l'obiettivo di valutare tutti i progetti al fine di «verificare il raggiungimento degli obiettivi, individuare i fattori di successo e i punti critici nonché stabilire l'efficacia dei progetti di prevenzione» (Schneider et al., 2021). In questo contesto, le valutazioni esterne sono chiamate in particolare a esaminare l'efficacia, l'appropriatezza e l'economicità (EAE) dei progetti sostenuti. Una dimostrazione dell'impatto secondo i criteri EAE consentirebbe il finanziamento delle prestazioni tramite l'assicurazione obbligatoria delle cure medico-sanitarie (AOMS), sebbene il finanziamento tramite l'AOMS non costituisca tanto l'obiettivo primario del sostegno di progetti PADC, quanto una delle diverse forme possibili di finanziamento ibrido delle prestazioni preventive; per molti progetti PADC esso non è inoltre rilevante, in quanto tali iniziative sperimentano misure molto eterogenee.[1]

Gli effetti nei progetti PADC sostenuti possono essere spesso conseguiti su più livelli: presso le moltiplicatrici e i moltiplicatori coinvolti (figure professionali, volontarie e volontari, ecc.), per i gruppi target beneficiari finali (pazienti), nonché a livello delle condizioni quadro che producono effetti positivi o limitanti sugli sforzi di prevenzione (Promozione Salute Svizzera, 2024). La valutazione della strategia di Promozione Salute Svizzera per gli anni 2019-2024 è giunta alla conclusione che, nell'ambito della PADC, «le elevate aspettative relative alla prova dell'impatto a livello delle persone beneficiarie non sono state [ancora] soddisfatte». Tale valutazione rimanda inoltre alla complessità dei progetti e all'elevato onere necessario per dimostrare l'efficacia dei costi relativi alle misure PADC (Zeyen & Egger, 2024, p. 92).

I criteri EAE, di per sé, non costituiscono una garanzia del successo di un progetto. Possono tuttavia fungere da strumento strutturante, sostenendo i progetti nella pianificazione, attuazione e riflessione a livello sistematico. In questo senso, tali criteri possono contribuire ad accrescere la trasparenza e la comprensibilità degli effetti conseguiti, migliorando così i presupposti per l'accesso a ulteriori fonti di finanziamento senza che ne derivi automaticamente un diritto a finanziamenti supplementari.

Il presente foglio di lavoro ha come scopo di rendere i criteri EAE applicabili all'ambito PADC. Esso intende offrire ai team di valutazione e alle persone responsabili di progetti una guida su come integrare i criteri EAE nella valutazione dei progetti PADC.

1 Ulteriori informazioni sono disponibili alla pagina tematica «Soluzioni di finanziamento durature per progetti di Prevenzione nell'ambito delle cure» di Promozione Salute Svizzera.

2 Basi informative e procedura

Il presente foglio di lavoro si fonda sulle principali pubblicazioni di Promozione Salute Svizzera relative alla misurazione degli impatti nella valutazione dei progetti PADC sostenuti e ai criteri di qualità per i progetti stessi. A complemento, sono stati inoltre ricercati e analizzati documenti rilevanti relativi alla tematica EAE.

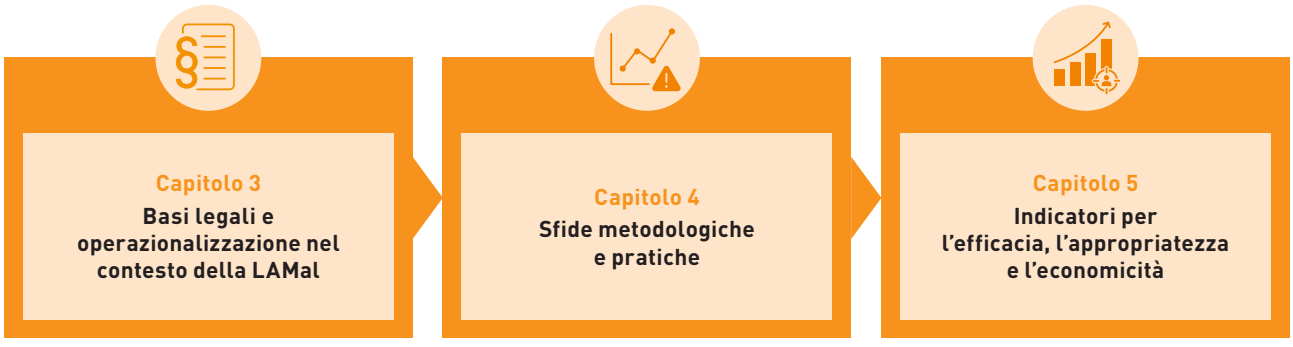
In una prima fase (figura 1), l'attenzione si è concentrata sulle basi legali e sull'operazionalizzazione dei criteri EAE nell'ambito della Legge sull'assicurazione malattie (LAMal) (UFSP, 2022). Il capitolo 3 illustra poi le basi sulle quali, nell'ambito dell'AOMS, si valuta se una prestazione risulta «efficace, appropriata ed economica» e in quale misura si formulano aspettative riguardo ai metodi con cui si può fornire tale dimostrazione.

Su questa base, si è successivamente analizzato quali sfide metodologiche e pratiche si pongono nell'applicazione dei criteri EAE nell'ambito della PADC, evidenziando al contempo come sia possibile rafforzarne la considerazione (capitolo 4).

Sulla base di queste considerazioni, nonché tenendo conto delle principali pubblicazioni di Promozione Salute Svizzera (criteri di qualità, misurazione dell'impatto), sono stati poi elaborati indicatori che consentono di formulare valutazioni in merito all'efficacia, all'appropriatezza e all'economicità dei progetti PADC (capitolo 5).

FIGURA 1

Panoramica



3 I criteri EAE nell'assicurazione malattie

In Svizzera i concetti alla base dei criteri EAE sono strettamente legati all'introduzione della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal) del 1994. La LAMal stabilisce testualmente che le prestazioni rimborsate dall'assicurazione di base (ossia dall'AOMS) devono essere «efficaci, appropriate ed economiche» e che l'efficacia deve essere comprovata secondo metodi scientifici (art. 32 cpv. 1 LAMal).[2] Da allora i criteri EAE sono saldamente radicati nell'ambito delle cure medico-sanitarie. Tuttavia, trattandosi di concetti giuridici indeterminati, richiedono un'interpretazione e sono spesso oggetto di discussione.

Da ultimo, nel 2022 l'Ufficio federale della sanità pubblica (UFSP) ha presentato un'operazionalizzazione dei criteri EAE per la rimunerazione delle prestazioni da parte dell'AOMS. La tabella 1 riassume in forma sintetica le indicazioni dell'UFSP.

Per l'ambito PADC, i requisiti EAE previsti dalla LAMal assumono rilevanza diretta quando un progetto sostenuto sperimenta misure potenzialmente ammissibili alla rimunerazione da parte dell'AOMS. Finora ciò è stato il caso soltanto per un numero limitato di progetti (Kaufmann et al., 2021, p. 8). Oltre all'assicurazione malattie, vi sono anche altri enti che possono essere presi in considerazione per un finanziamento successivo dei progetti e/o delle misure sperimentate dagli stessi.[3] Tra questi rientrano, in particolare, le autorità sanitarie cantonali, che possono contribuire al consolidamento delle misure di prevenzione. La dimostrazione del rispetto dei criteri EAE può fornire anche a tali soggetti importanti elementi decisionali.

Fatti importanti sull'AOMS e sulla verifica dei criteri EAE nel quadro dell'AOMS:

- **Entità delle prestazioni:** gli ambiti di prestazione sono definiti dalla LAMal e sono identici per tutte le casse malati.
- **Verifica dei criteri EAE:** le prestazioni mediche vengono esaminate sotto il profilo della loro efficacia e qualità prima di essere incluse nell'obbligo di prestazione dell'assicurazione.
- **Esame del singolo caso:** nel caso concreto, anche prestazioni già ammesse possono essere respinte qualora siano ritenute inappropriate.
- **EMAp:** i mezzi e gli apparecchi (per es. il materiale per le medicazioni) sono assunti dall'assicurazione se figurano nell'Elenco dei mezzi e degli apparecchi (EMAp) e sono conformi ai criteri EAE.

2 Il criterio dell'«efficacia», introdotto con la nuova LAMal quale presupposto per l'assunzione dei costi da parte dell'assicurazione, ha sostituito il precedente concetto di «consenso scientifico» utilizzato dal diritto anteriore (cfr. Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991, FF 1992 I 65).

3 Si veda a riguardo anche la pagina tematica «Soluzioni di finanziamento durature per progetti di Prevenzione nell'ambito delle cure» di Promozione Salute Svizzera.

TABELLA 1

Operazionalizzazione dei criteri EAE secondo l'UFSP (2022)

Criterio	Descrizione	Conclusioni
Efficacia	«Con ‹efficacia› si intende il nesso causale tra causa (prestazione medica) e impatto (successo medico). Determinante per l'adempimento del criterio di efficacia è se la prestazione è oggettivamente adeguata per raggiungere l'obiettivo (diagnostico, terapeutico, preventivo, curativo) prefissato. Non sono quindi contemplati solo gli obiettivi curativi, ma anche quelli stabilizzanti per il decorso della malattia, nonché gli obiettivi palliativi o preventivi. L'efficacia di una prestazione [...] deve essere comprovata secondo metodi scientifici (art. 32 cpv. 1 LAMal). In base al tipo di prestazione si possono applicare diversi metodi scientifici. [...] Nella valutazione del criterio di efficacia va tenuto conto del fatto che diversi metodi scientifici hanno una diversa attendibilità e pertinenza. Non tutti i metodi sono applicabili a tutte le prestazioni.» (UFSP, 2022, pp. 5-6)	• Una prestazione è efficace se genera effetti che presentano un nesso causale con la prestazione stessa (ossia con la misura in questione). • La dimostrazione del nesso causale deve essere comprovata secondo metodi scientifici. • I metodi scientifici si differenziano a loro volta in termini di affidabilità e di valore informativo. • L'UFSP segnala l'esistenza di tali differenze, ma non fornisce ulteriori indicazioni in merito ai metodi scientifici da utilizzare.
Appropriatezza	«Una prestazione è appropriata se: • è rilevante e idonea alle cure da fornire al paziente rispetto a soluzioni alternative, • è conciliabile con le condizioni legali nonché gli aspetti o i valori etici e sociali e • ne sono garantite la qualità e un'adeguata applicazione nella prassi.» (UFSP, 2022, p. 6)	• Secondo l'UFSP, è appropriato ciò che è «rilevante e idoneo», conciliabile con i sistemi giuridici e valoriali esistenti, nonché attuabile nella prassi. • Gli aspetti di rilevanza e idoneità devono essere valutati in giustapposizione a procedure alternative e si riferiscono all'adeguatezza di una prestazione rispetto a una diagnosi individuale. • L'appropriatezza presuppone una valutazione dell'efficacia (ossia, una prestazione non efficace non può nemmeno essere appropriata), ma per i restanti aspetti l'UFSP non fornisce indicazioni in merito ai metodi e alle procedure da adottare.
Economicità	«Una prestazione è economica se: • le sue tariffe e i suoi prezzi sono stabiliti in modo comprensibile, • il suo rapporto tra costi e benefici, dal punto di vista dei costi sanitari diretti, è vantaggioso rispetto alle procedure alternative o • i costi aggiuntivi sono giustificati da un beneficio aggiuntivo corrispondente e • le ripercussioni sui costi possono essere sostenute dall'AOMS.» (UFSP, 2022, pp. 6-7)	• Secondo l'UFSP, una prestazione è considerata economica se il suo prezzo è trasparente e giustificabile, se è più conveniente in termini di costi rispetto a procedure alternative, se presenta un rapporto favorevole rispetto agli effetti attesi e se non eccede le possibilità dell'AOMS. • L'UFSP non indica alcun metodo per il calcolo del rapporto costi-benefici né per la misurazione del beneficio aggiuntivo.

Fonte: UFSP (2022), rappresentazione: BASS

4 Applicazione dei criteri EAE nella PADC



L'applicazione dei criteri EAE nella valutazione dei progetti PADC comporta una serie di sfide. Queste ultime derivano, da un lato, dall'operazionalizzazione dei criteri illustrata dall'UFSP e, dall'altro, dall'oggetto stesso della valutazione dei progetti PADC. Di seguito sono illustrate tali sfide e, sulla base di considerazioni di fondo, vengono discusse possibili soluzioni.

4.1 Sfide metodologiche e pratiche

A differenza delle prestazioni dell'AOMS, gli interventi realizzati nell'ambito dei progetti PADC si compongono generalmente di varie misure e sono perlopiù fortemente dipendenti dal contesto. Sfide di natura metodologica e pratica si pongono in relazione a tutti i criteri EAE. Il termine «misure» si riferisce in questo caso agli interventi e/o ai progetti parziali rivolti (perlopiù) direttamente a moltiplicatrici/moltiplicatori o pazienti. Questa accezione può pertanto differire da quella delle «misure» indicate nella descrizione del progetto in Promotion Digitale.

4.1.1 Effetti / efficacia

La dimostrazione dell'efficacia delle misure attuate o consolidate nell'ambito di un progetto riveste un'importanza centrale, non da ultimo perché l'efficacia di una misura costituisce il presupposto affinché essa possa essere considerata appropriata ed economica (cfr. SSMIG, 2024).

Come emerge dalla tabella 1, né la LAMal né l'UFSP forniscono indicazioni dettagliate su come debba essere concretamente dimostrata l'efficacia e quali requisiti metodologici vadano rispettati a tale scopo. La dimostrazione degli effetti dei progetti di prevenzione risulta estremamente complessa sotto il profilo metodologico. Ciò dipende anche dal fatto che l'impatto non si manifesta soltanto a livello di pazienti (piano comportamentale), bensì anche a livello di moltiplicatrici/moltiplicatori e di condizioni quadro (piano sistemico e strutturale). Molte misure producono effetti rilevanti soltanto nel lungo periodo. Le catene di effetti sono spesso complesse e interagiscono nei modi più svariati con i fattori di contesto relativi alle misure. La misurazione dell'impatto può risultare complessa e onerosa, soprattutto laddove sia necessario includere un numero significativo di moltiplicatrici/moltiplicatori e pazienti.

Per quanto riguarda la dimostrazione del rispetto dei criteri EAE nei progetti PADC, è opportuno evidenziare i seguenti aspetti:

Sebbene sia certamente corretto affermare che gli effetti delle misure PADC spesso si manifestano appieno soltanto su un **arco temporale** esteso, si può tuttavia presumere che gli stessi effetti, almeno a livello di moltiplicatrici e moltiplicatori, debbano prodursi già nel breve o medio termine affinché i progetti possano raggiungere i propri obiettivi d'impatto presso le pazienti e i pazienti. I progetti PADC devono essere pertanto pianificati e concepiti in modo tale da consentire una dimostrazione dell'impatto entro un periodo di sostegno compreso fra i tre e i quattro anni.

La dipendenza degli effetti dalle **condizioni ambientali** ostacola la dimostrazione del nesso causale tra una misura e l'impatto osservato (Balthasar, 2022, p. 172). In ogni caso, la dimostrazione della **causalità** rappresenta la sfida più impegnativa in un contesto poco adatto all'impiego dei gruppi di controllo. A differenza di quanto avviene, per esempio, per i medicamenti e altre prestazioni mediche, nell'ambito del sostegno ai progetti PADC è più raro poter individuare un gruppo di persone identico o quantomeno comparabile che, pur non essendo state raggiunte dal progetto, sono disponibili ai fini della valutazione e possono essere analizzate in relazione agli effetti da indagare. Un disegno sperimentale basato su gruppi randomizzati di intervento e di controllo, che nel contesto clinico rappresenta lo standard, non è invece realizzabile nella maggior parte dei setting PADC, salvo laddove si decida di investire risorse considerevolmente più elevate per questo tipo di studio.

L'**onere** associato alla misurazione dell'impatto dipende inoltre in misura determinante dalle costellazioni di attrici e attori nel progetto e dalle loro interfacce con le persone responsabili del progetto. La valutazione complessiva PADC 2017-2023 evidenzia che molti progetti hanno incontrato difficoltà sia nel reclutamento delle moltiplicatrici e dei moltiplicatori, sia nell'attuazione delle misure da parte di questi ultimi (Laubereau et al., 2023, p. 33), tanto da rendere più complessa la misurazione dell'impatto presso tali gruppi.

4.1.2 Appropriatezza

Il concetto di appropriatezza trova applicazione, tra l'altro, nell'ambito della vigilanza sull'attività delle autorità.[4] In tale contesto, l'appropriatezza descrive **l'adeguatezza e l'idoneità pertinente** di una misura per il raggiungimento di un determinato obiettivo. Essa riguarda la questione se, con riferimento a (a) l'idoneità del mezzo al conseguimento dell'obiettivo, (b) l'adeguatezza della misura rispetto allo scopo perseguito e (c) la ponderazione delle possibili alternative, una misura (amministrativo-)giuridica sia stata scelta in modo ottimale, praticabile e ragionevole **entro il margine discrezionale disponibile.**

Nell'ambito della LAMal, secondo l'UFSP l'appropriatezza si riferisce **alla rilevanza e all'idoneità** di una prestazione medica per il trattamento di un problema di salute e, in linea di principio, deve essere considerata in relazione a procedure alternative. Questo approccio è difficilmente applicabile alle misure preventive, in quanto nella maggior parte dei casi queste si rivolgono a una collettività della popolazione (gruppo target) e, a causa del loro carattere innovativo, spesso non esiste per esse alcun intervento comparativo diretto.

Un ulteriore aspetto dell'appropriatezza riguarda la sostanziale compatibilità di una misura con i **sistemi giuridici e valoriali** esistenti. Per i progetti PADC ciò concerne, per esempio, la scelta dei gruppi target e l'orientamento al principio delle pari opportunità in materia di salute nel quadro della concezione e dell'attuazione del progetto. Ulteriori aspetti giuridici ed etici dipendono dalla tematica e dalle condizioni quadro del singolo progetto e sono difficilmente generalizzabili.

4.1.3 Economicità

L'economicità dei progetti PADC è stata fino a oggi analizzata poco o per niente. La valutazione globale PADC 2017-2023 giunge alla conclusione che per valutare l'economicità del sostegno ai progetti PADC mancavano finora le basi opportune (Laubereau et al., 2023, p. 39). Nelle singole valutazioni di progetto, in passato è stata effettuata (e peraltro in misura spesso parziale) soltanto una rappresentazione descrittiva dell'impiego delle risorse finanziarie (per es. costi del personale e costi materiali) e della provenienza dei mezzi finanziari (sostegno di progetto, fondi di terzi e mezzi propri). In alcune valutazioni di progetto sono stati calcolati i costi sostenuti per persona raggiunta (utente) nell'ambito del progetto. Si tratta di una correlazione tra input e portata dell'intervento, ma non di un'analisi dell'economicità, che implicherebbe il raffronto (comparativo) tra costi e benefici.

La rendicontazione trasparente dell'utilizzo delle risorse finanziarie costituisce un requisito importante per un'analisi costi-benefici. L'economicità può tuttavia essere valutata soltanto mettendo in relazione gli effetti di una misura con i costi sostenuti per realizzarla. Ciò presuppone che gli effetti vengano misurati, che siano disponibili dati in quantità e qualità sufficienti e che gli effetti stessi possano essere plausibilmente attribuiti alla misura in questione (Marti et al., 2022, p. 152). Le sfide legate alle misurazioni dell'impatto valgono pertanto anche per la valutazione dell'economicità, con la differenza che in questo caso occorre analizzare i dati sui costi ed effettuare gli opportuni confronti.

4.2 Principi per l'applicazione dei criteri EAE nell'ambito della PADC

Una verifica rigorosa dei criteri EAE, come quella richiesta nel contesto della LAMal, risulta realisticamente possibile solo in rari casi per i progetti PADC. Appare tuttavia opportuno utilizzare i criteri EAE della LAMal come punto di orientamento di massima e, per i progetti e le misure PADC, individuare e attuare soluzioni che di volta in volta si avvicinino il più possibile a un approccio ideale.

4 Cfr. per esempio la Legge sul Parlamento (Assemblea federale svizzera, 2002): «L'Assemblea federale esercita l'alta vigilanza attenendosi ai seguenti criteri: a. legalità; b. conformità all'ordinamento vigente; c. adeguatezza; d. efficacia; e. economicità.» (art. 26). «Le Commissioni della gestione (CdG) esercitano l'alta vigilanza sulla gestione [...]. Impostano la loro attività di controllo sui criteri di legalità, adeguatezza ed efficacia» (art. 52).

4.2.1 Misurazione e valutazione dell'efficacia

L'orientamento ai criteri EAE implica tenere in debita considerazione gli effetti prodotti dal progetto nel quadro dello sviluppo dei progetti, delle decisioni di sostegno e della valutazione. È necessario fornire una dimostrazione fondata degli effetti che possono essere attribuiti con elevata plausibilità alle misure di un progetto. È tuttavia importante essere consapevoli dei limiti che caratterizzano la dimostrazione dell'impatto nei progetti PADC e saperli gestire in modo appropriato.

Definire le catene degli effetti

Uno strumento centrale per strutturare un progetto, le sue misure e gli effetti auspicati è costituito dalla **modellizzazione causa-effetto,** che descrive in modo sistematico e dettagliato i nessi attesi tra attività ed effetti e li visualizza sotto forma di un modello logico. Attraverso argomentazioni fondate sul piano logico-teorico, tale modello illustra, mediante catene causali di effetti, in quali condizioni e attraverso quali attività si intendono conseguire risultati empiricamente misurabili.[5] Nel modello d'impatto si opera generalmente una distinzione tra gli effetti specifici del progetto (outcome) e gli impatti (impact), spesso di lungo periodo e collocati a livello sistemico, tenendo così conto del problema sopramenzionato legato all'orizzonte temporale esteso.

Valutare gli effetti su moltiplicatrici/ moltiplicatori, pazienti e a livello sistemico

Nella valutazione dei progetti PADC si sono affermati due livelli di impatto: gli effetti a livello di moltiplicatrici e moltiplicatori e gli effetti sulle/sui pazienti e/o sulle persone beneficiarie finali. Gli effetti a livello di moltiplicatrici e moltiplicatori sono generalmente considerati una condizione preliminare affinché possano essere conseguiti effetti sulle/sui pazienti. In linea di principio, gli effetti dovrebbero essere misurati a livello sia di moltiplicatrici/moltiplicatori che di pazienti. Spesso tuttavia le moltiplicatrici e i moltiplicatori sono più facilmente raggiungibili, in quanto sono coinvolti più direttamente nelle attività del progetto o ne costituiscono il gruppo destinatario. Per raggiungere le/i pazienti è invece sovente necessario il coinvolgimento mirato di moltiplicatrici e moltiplicatori. Ciò può comportare distorsioni nella misurazione dell'impatto. A seconda dell'impostazione del progetto, spesso il numero di persone coinvolte può essere piuttosto esiguo, rendendo più difficoltosa un'analisi statistica dei dati.[6]
Gli effetti a livello del sistema di cura sono stati finora rilevati soltanto sotto forma di impatto sulle moltiplicatrici e sui moltiplicatori, anche perché molti cambiamenti di natura sistemica (per es. il miglioramento dei percorsi di cura) non si prestano a essere facilmente sistematizzati e misurati. Qualora siano presenti effetti a livello di sistema (livello delle condizioni quadro), questi dovrebbero essere presi in considerazione nella valutazione. Ciò vale, per esempio, quando gli effetti riguardano un'organizzazione oppure il sistema sanitario e sociale e appaiono significativi ai fini del successo del progetto (per es. il miglioramento della collaborazione, dell'offerta di cura, delle strutture di incentivazione o della cultura organizzativa). Tali effetti dovrebbero essere considerati già nella definizione del disegno di valutazione; tuttavia, data l'eterogeneità dei progetti PADC, risulta difficile formulare indicazioni generalizzabili.

Disegno di studio

Il fulcro della valutazione orientata all'impatto è costituito dall'**analisi empirica condotta secondo i metodi delle scienze sociali,** applicata agli effetti (e agli effetti collaterali) in relazione a uno o più criteri di successo. Viene verificata un'ipotesi relativa alla questione se e in quale misura un intervento X influenzi le caratteristiche U, V, W, ecc.[7] Per poter soddisfare i criteri EAE è necessario fornire una dimostrazione o una prova, fondata sul piano teorico e su quello empirico, che gli outcome (o gli impact) siano causalmente riconducibili a una misura attuata. Si

5 In tale senso, uno strumento utile per sviluppare modelli d'impatto è apportato dalle linee guida di Bieri e Schwegler (2024). Per una definizione dei diversi concetti terminologici è inoltre possibile consultare Beywl e Niestro (2009).

6 La valutazione complessiva dei progetti PADC per gli anni 2017-2023 rileva che, in alcuni casi, non è stato possibile valutare integralmente i benefici dei progetti per le/i pazienti anche perché alcune valutazioni progettuali non hanno rilevato tali effetti in modo sufficientemente concreto. Il numero di pazienti per i quali gli effetti avrebbero potenzialmente potuto essere misurati oscillava, a seconda del progetto, tra 14 e un numero stimato di 2000 (Laubereau et al., 2023, p. 37). Già in fase di concezione del progetto e di pianificazione della valutazione occorre quindi riflettere se la misura sarà in grado di raggiungere una platea adeguata di pazienti e in che modo dovrà essere effettuata la misurazione dell'impatto su questo gruppo target.

7 Sulla ricerca sociale empirica, sia in generale che nell'ambito della valutazione, si vedano Diekmann (2023) e Döring (2023).

verifica quindi se una misura è efficace, ossia se produce gli effetti attesi sulla base delle ipotesi teoriche formulate. Questo implica anche riuscire a dimostrare che i cambiamenti o gli effetti osservati non si verificano (o non si sarebbero verificati) in assenza della misura in questione. A tale fine, i risultati attesi devono essere resi misurabili mediante strumenti adeguati (criteri, indicatori e parametri di misurazione). La dimostrazione dell'impatto presuppone pertanto che la natura dei risultati da misurare sia già nota al momento dell'elaborazione del piano di raccolta dei dati.

Per giungere a una valutazione dell'impatto, sono necessari disegni di studio comparativi. Nel loro foglio di lavoro sulle valutazioni degli impatti degli interventi, Fässler e Studer (2019, pp. 23 sg.) indicano tre **tipi di confronti** che si differenziano per la loro pertinenza e per il potere informativo: (1) confronto tra situazione attesa e situazione reale (teorico-effettivo), (2) confronto prima-dopo e (3) confronto prima-dopo con gruppo di controllo.

1. Una **giustapposizione tra situazione attesa e situazione reale** (teorico-effettivo) costituisce la forma più debole di confronto: interviene alla fine di un progetto e confronta lo stato osservato del gruppo target (stato effettivo) con gli obiettivi di outcome perseguiti (stato teorico). Questo approccio consente di formulare affermazioni sul grado di raggiungimento degli obiettivi, ma non è sufficiente per valutare in modo efficace l'impatto prodotto.
2. Il **confronto prima-dopo** valuta come è cambiata la situazione del gruppo target dall'inizio del progetto e/o dall'attuazione di una determinata misura. A tal fine, lo stato del gruppo target viene rilevato almeno in due momenti: all'avvio del progetto o prima dell'attuazione della misura (rilevazione zero) e alla conclusione del progetto. Ulteriori rilevazioni, in particolare le indagini di follow-up effettuate a distanza di tempo dalla conclusione della misura, accrescono la pertinenza e il potere informativo di questo disegno di studio. Un confronto prima-dopo consente di effettuare una plausibilizzazione degli effetti osservati, la cui solidità dipende tuttavia anche dalla dimensione del gruppo target (numero di partecipanti).[8] Da solo, un confronto prima-dopo condotto esclusivamente sulle persone partecipanti al progetto o alla misura non consente tuttavia di dimostrare l'impatto. Può infatti accadere che nel gruppo target venga rilevato un miglioramento rispetto all'inizio del progetto, ma che tale cambiamento sia riconducibile a fattori esterni, a sviluppi sociali o ad altre cosiddette variabili terze, e non all'intervento progettuale in sé stesso.
3. Per controllare o escludere l'influenza di fattori esterni, è necessario ricorrere a un **confronto prima-dopo con un gruppo di controllo,** nel quale le rilevazioni effettuate all'inizio e alla fine del progetto (o in ulteriori momenti di misurazione) vengono svolte sia sul gruppo target, sia su un gruppo di controllo che sia il più possibile equivalente. Solo un disegno di studio con gruppo di controllo consente di dimostrare gli effetti e/o l'efficacia delle misure adottate.

Lo strumento ideale per riuscire a dimostrare che i risultati osservati siano stati effettivamente generati dalle attività e dalle misure di un progetto è **un disegno di studio (quasi-)sperimentale,** che consente di confrontare i risultati tra un gruppo di intervento (ossia le persone raggiunte dalle misure) e un gruppo di controllo o di confronto il più possibilmente simile (ossia persone che non partecipano al progetto). Come già accennato, una rigorosa assegnazione sperimentale e casuale delle persone beneficiarie finali delle misure PADC ai gruppi di intervento e di controllo è possibile solo in rari casi. Negli studi quasi-sperimentali[9] vengono general-

8 Fässler e Studer (2019) citano a tale riguardo come valore orientativo un campione di almeno 100 partecipanti.

9 I quasi-esperimenti sono disegni di studio che si avvicinano al modello sperimentale e ne seguono la logica metodologica, senza tuttavia soddisfare i rigorosi requisiti propri dei disegni sperimentali. Nella maggior parte dei casi, il criterio fondamentale che viene meno è quello della randomizzazione. Una randomizzazione (preventiva) nella costituzione del gruppo di intervento e di quello di controllo consente infatti di evitare distorsioni di selezione. Qualora ciò sia sostenibile e/o realizzabile sotto il profilo etico, pratico e/o dell'economia della ricerca, un disegno RCT (Randomized Controlled Trial) dovrebbe essere in linea di principio preferibile rispetto ad altri disegni di studio. Dal punto di vista scientifico, gli studi RCT (ossia studi con un gruppo di controllo composto da persone assegnate casualmente e che, idealmente, non sanno se partecipano o meno all'intervento [cecità]) sono considerati l'unico disegno in grado di consentire un'attribuzione causale degli effetti (ossia l'associazione di un effetto a una determinata misura) e di «controllare» gli altri fattori che possono influenzare i risultati.

mente confrontati tra loro gruppi «naturali» (per es. le persone del reparto A di una struttura sanitaria ricevono una formazione specifica, mentre quelle del reparto B non la ricevono; il Comune A offre specifiche misure PADC, mentre il Comune B non le propone). Poiché gli studi quasi-sperimentali sono considerati meno solidi sotto il profilo metodologico rispetto a quelli sperimentali, in questo tipo di indagine è particolarmente importante controllare le variabili terze o altri fattori di disturbo legati alle persone. Anche un'accurata selezione del campione (popolazione target, ampiezza, procedura di selezione, ecc.) riveste un ruolo fondamentale per la definizione sia del gruppo di intervento, sia del gruppo di confronto.

Di conseguenza, un orientamento ai criteri EAE in senso più stretto richiede, in linea di principio, un disegno di studio (quasi-)sperimentale, anche se tale approccio comporta costi elevati e la sua applicazione nei progetti e nelle misure PADC risulta spesso difficile a causa delle sfide metodologiche (disponibilità di un gruppo di confronto il più possibilmente equivalente). In assenza di un gruppo di controllo adeguato, può essere eventualmente opportuno ricorrere a statistiche già esistenti (per es. Indagine sulla salute in Svizzera, Statistica medica ospedaliera dell'Ufficio federale di statistica, UST). In questi casi si tratta tuttavia sempre e soltanto di approssimazioni.

Basi di dati

Per quanto riguarda i metodi di rilevazione empirica e i dati, in linea di principio è possibile operare una distinzione tra due approcci principali:

a raccolta di **dati qualitativi** (per es. interviste, analisi di contenuti, casi di studio);
b raccolta di **dati quantitativi** (per es. censimenti, misurazioni, sondaggi su ampia scala, analisi statistiche).

In via ideale, nella misurazione dell'impatto è opportuno applicare metodi sia quantitativi che qualitativi. Le procedure qualitative sono funzionali a una migliore comprensione delle correlazioni causali (complesse), mentre per la valutazione dei criteri EAE (in particolare in termini di trasferibilità, rappresentatività e riproducibilità dei risultati d'impatto) assumono un ruolo prioritario i metodi quantitativi.

La validità informativa dei dati raccolti sull'impatto prodotto dipende dal loro grado di oggettività o soggettività. Le **valutazioni** (soggettive) costituiscono la forma più debole di evidenza, per quanto spesso si tratti dell'unica modalità concretamente attuabile. Componenti dei gruppi target, esperte ed esperti o stakeholder coinvolti nel contesto di un progetto ne valutano l'efficacia sulla base della propria esperienza. In senso stretto, in questo caso si tratta di opinioni e non di misurazioni. Più solidi e affidabili sono invece i dati sugli effetti basati su misurazioni, quali per esempio indicatori rilevati nel corso del progetto, risultati di test (per es. test delle conoscenze prima e dopo le attività formative; scale validate), parametri biologici (per es. pressione arteriosa, marcatori di stress, peso corporeo) oppure indicatori specifici (per es. numero di accessi al pronto soccorso).

In sintesi è possibile evidenziare i seguenti aspetti, i quali possono rafforzare l'orientamento ai criteri EAE dei progetti PADC e della relativa valutazione nella misurazione dell'impatto:

- Modellizzazione sistematica delle relazioni di causa ed effetto di un progetto e delle relative misure nell'ambito di un modello d'impatto. Argomentazioni fondate sul piano logico-teorico circa le catene causali di effetto. Operazionalizzazione e garanzia della misurabilità degli effetti/dei risultati.
- Per quanto riguarda la dimostrazione dell'impatto, orientamento di principio verso un disegno di studio (quasi-)sperimentale (confronto prima-dopo con gruppo di controllo) oppure verso una soluzione che vi si avvicini il più possibile.
- A complemento o eventualmente in sostituzione di un gruppo di controllo: ricorso a dati aggiuntivi e loro utilizzo (Indagine sulla salute, Statistica medica ospedaliera, dati istituzionali, ecc.).
- Rafforzamento dei metodi e delle procedure di misurazione di tipo quantitativo (analisi delle evoluzioni nel tempo, verifiche statistiche, misurazioni e test vs. raccolta di opinioni e valutazioni soggettive).

4.2.2 Valutazione dell'appropriatezza

Mentre l'efficacia indica se e in quale misura siano stati ottenuti gli effetti desiderati, l'appropriatezza valuta quanto il metodo o l'approccio adottato sia idoneo a conseguire gli effetti perseguiti. In sintesi: l'efficacia verifica i risultati, mentre l'appropriatezza valuta l'idoneità dell'approccio adottato. Nell'ambito dei criteri EAE, la verifica e l'accertamento dell'efficacia precedono la valutazione dell'appropriatezza: una misura che non produce effetti nella direzione auspicata non può essere classificata come appropriata.

Gli elementi centrali per valutare l'appropriatezza di un progetto sono:

- **a** la coerenza logica tra problema, obiettivi e misure adottate;
- **b** la plausibilità del modello d'impatto o della Theory of Change;
- **c** l'adeguatezza delle risorse impiegate (economiche, umane e temporali) e
- **d** il confronto con approcci alternativi potenzialmente più efficienti o più idonei (cfr. Widmer & Brunold, 2017).

Rispetto alla valutazione dell'efficacia, quella dell'appropriatezza presenta di norma un carattere più normativo, ossia si basa maggiormente sulla ponderazione e sul giudizio discrezionale delle istanze decisionali competenti, spesso peraltro a fronte di un certo margine di manovra discrezionale.

Per la **valutazione dei progetti PADC,** l'analisi dell'appropriatezza riguarda soprattutto l'idoneità dell'approccio progettuale scelto (compresa la selezione dei gruppi target), la rilevanza delle misure rispetto al raggiungimento degli obiettivi e l'adeguatezza dell'organizzazione del progetto. L'operazionalizzazione dell'appropriatezza si ricollega pertanto ai **criteri di qualità** sviluppati nell'ambito della PADC, i quali devono essere considerati nella valutazione della domanda di progetto e nell'attuazione del progetto stesso (Widmer Howald et al., 2024).

4.2.3 Misurazione e valutazione dell'economicità

Per apportare una dimostrazione dell'economicità ai sensi dei criteri EAE previsti dalla LAMal, i progetti PADC devono presentare un rapporto favorevole tra i costi e i benefici delle misure sperimentate.[10]

Analisi costi-benefici

Per misurare e confrontare l'efficienza delle misure rispetto al conseguimento dei risultati auspicati, in linea di principio è possibile operare una distinzione fra tre forme di analisi costi-benefici.[11] Questi approcci si differenziano per gli obiettivi perseguiti e, in particolare, per il grado di monetizzazione attribuito alle grandezze relative ai costi e ai benefici.

- Analisi costi-benefici nel senso classico (*cost-benefit analysis,* CBA)
- Analisi costi-efficacia (*cost-effectiveness analysis,* CEA)
- Analisi costi-utilità (*cost-utility analysis,* CUA)

10 Il fondamento teorico-economico è rappresentato dalla teoria del benessere *(welfare economics)*, la quale parte dal presupposto della scarsità delle risorse e dalla questione relativa al loro impiego al fine di raggiungere un livello ottimale di benessere sociale. Una prestazione sanitaria è considerata economica (ossia efficiente) quando viene erogata con il minor impiego possibile di risorse.

11 Per la valutazione economica cfr. Schug et al. (2006), König (2022), Schöffski e Graf von der Schulenburg (2012).

Nella classica **analisi costi-benefici (CBA)** si determina quale alternativa d'intervento generi, rispetto alle altre, il maggiore beneficio netto (ossia il beneficio complessivo al netto dei costi complessivi). A tal fine, tutte le componenti di costo e di beneficio delle alternative esaminate vengono monetizzate, vale a dire espresse in termini monetari. Ne risultano singoli parametri di misurazione, quali il beneficio netto, i costi del progetto in rapporto al beneficio oppure il rapporto costi-benefici (espresso per es. come Return on Investment [ROI]: per ogni franco investito nel progetto si ottengono x franchi di benefici, oppure x franchi di risparmi[12]). Un vantaggio della CBA è che può essere applicata anche a un singolo progetto o a una singola misura senza necessità di effettuare calcoli comparativi, poiché sia i costi che i benefici vengono espressi in unità monetarie e consentono quindi di calcolare direttamente un guadagno o una perdita. Nei progetti PADC, l'outcome auspicato consiste spesso in un «non evento» (la mancata insorgenza di un problema di salute). Qualora siano disponibili dati relativi ai costi associati a tale problema di salute, il guadagno monetario ovvero il beneficio derivante dalla sua mancata insorgenza può essere espresso sotto forma di costi evitati. La principale sfida nelle CBA classiche consiste nella monetizzazione di tutte le componenti di beneficio, connessa a un elevato grado di complessità e a un notevole dispendio di risorse.

Le analisi costi-efficacia (CEA) presentano requisiti leggermente meno complessi. Nelle CEA, soltanto i costi di un intervento vengono misurati in unità monetarie, mentre l'efficacia è espressa in parametri non monetari. L'obiettivo di questa analisi è individuare quale alternativa d'intervento consenta di ottenere il livello di beneficio più elevato a fronte di un determinato onere di costo oppure, per un determinato livello di utilizzo, quale sia associata ai costi più bassi (minimizzazione degli oneri). Il risultato, ovvero il rapporto costi-benefici, viene espresso come unità monetaria (costi) per unità del risultato desiderato: la misura A costa x franchi per ogni caso di malattia evitato (per ogni ricovero d'urgenza evitato, per ogni chilogrammo di peso corporeo perso, per ogni contratto di formazione concluso da giovani con disturbi psichici, ecc.). Nel caso di progetti PADC complessi, l'analisi CEA, con il suo focus su una misurazione unidimensionale dell'impatto, può essere applicata solo in modo limitato. Una possibile soluzione è data dall'analisi costi-conseguenze (*cost-consequences analysis,* CCA) (cfr. Schug et al., 2006), nella quale il livello di beneficio non è espresso in unità né viene aggregato in una misura unica di outcome; piuttosto, i diversi outcome sono illustrati in modo descrittivo e messi a confronto con i costi sostenuti.

Le analisi costi-utilità (CUA) possono essere considerate come una forma particolare di CEA: mettono a confronto l'efficienza dei costi di vari interventi misurando gli oneri in unità monetarie ed esprimendo l'utilità attraverso un'unità di misura (non monetaria) comune, ovvero mediante una metrica comparabile. A tal fine si ricorre spesso a indicatori utilizzati per misurare il carico di malattia (anni di vita in buona salute persi a causa della malattia: *disability-adjusted life year,* DALY) oppure per indicare la qualità di vita guadagnata (anni di vita trascorsi in buona salute: *quality-adjusted life year,* QALY). Le sfide delle analisi CUA risiedono nella complessa misurazione e valutazione dei parametri di beneficio sanitario, nonché nella considerazione degli aspetti legati ai costi e ai benefici marginali.

La scelta e l'applicazione di un approccio di analisi costi-benefici nell'ambito della valutazione dei progetti PADC dipendono dall'interesse conoscitivo perseguito e dai dati di outcome disponibili. Per rispondere alla domanda se nel complesso valga la pena attuare una misura, in linea di principio serve una CBA. La questione se una misura sia meno costosa (e quindi più economica) di un'altra nel conseguimento di un determinato outcome può essere affrontata mediante una CEA. Per valutare se il beneficio sanitario ottenuto, espresso in QALY, giustifichi i costi di una misura adottata (rispetto a un'alternativa) è invece più appropriata una CUA. Nel settore della PADC, tuttavia, spesso mancano misure di confronto adeguate oppure i relativi dati. Per questo motivo, come base di confronto viene spesso utilizzato lo status quo e/o il non-intervento.

12 Gli approcci SROI (Social Return on Investment) descrivono il valore aggiunto sociale/il rendimento generato da progetti (di natura sociale).

Come già accennato, per gli interventi di sanità pubblica si possono condurre anche analisi costi-conseguenze (CCA). Poiché nelle CCA la ponderazione dei costi e dei risultati si basa unicamente su una valutazione soggettiva, questa pratica non si configura come un'analisi dell'economicità in senso stretto. Ciononostante, questo approccio è utile per fornire alle istanze decisionali informazioni utili sull'economicità degli interventi e per definire le priorità. Nel caso di un progetto PADC complesso, può essere inoltre opportuno utilizzare una CCA come base per realizzare una CEA relativamente a un ambito specifico del progetto, selezionando singoli outcome nel perimetro nella CCA, monetizzandoli e confrontandoli tra loro.

Basi di dati

Un'analisi dell'economicità presuppone innanzitutto che i **costi di un progetto o di una misura,** ossia le risorse impiegate, siano rilevati nel modo più completo e trasparente possibile.[13] I costi di un progetto (collocati a livello degli input nel modello d'impatto) possono essere generalmente suddivisi in costi d'investimento e costi di esercizio, nonché distinti in costi per il personale e costi materiali. Parallelamente, è necessario rilevare e registrare nel modo più completo possibile anche i **benefici di un progetto o di una misura** (componenti di beneficio dirette e indirette, tangibili e intangibili). A tale riguardo, tenendo presenti le sfide sopradescritte, occorre prestare particolare attenzione a effetti dell'intervento che siano misurabili e quantificabili (effetti diretti e collaterali). In alcuni casi, i valori di beneficio possono essere desunti dalla letteratura scientifica. Tuttavia, nel caso di interventi complessi composti da più misure e caratterizzati da effetti fortemente dipendenti dal contesto (come avviene nella maggior parte dei progetti PADC), spesso ciò risulta poco realistico (Laubereau et al., 2023; BAK, 2023). Se gli effetti non vengono misurati oppure non sono quantificabili, non risulta possibile mettere in relazione costi e benefici.

Livelli preliminari e varianti dell'analisi dell'economicità

Ai fini della valutazione dei **progetti PADC,** i seguenti principi possono essere considerati come tappe progressive di avvicinamento a un'analisi completa dell'economicità:

- Come requisito minimo, dovrebbe essere presente almeno un **rapporto input-output** (costi per ogni prodotto generato). A tale riguardo, occorre indicare quali risorse finanziarie sono state impiegate per generare gli elementi di output rilevati (per es. corsi, opuscoli, video didattici, workshop con persone interessate o altri «prodotti»).
- Se possibile, è opportuno effettuare una rappresentazione del **rapporto tra input e portata** (costi per persona raggiunta), mettendo in relazione le risorse impiegate con il numero di persone raggiunte (moltiplicatrici e moltiplicatori/personale specializzato, pazienti). Nei progetti pilota, i costi per persona raggiunta tendono generalmente a essere elevati, in quanto la fase di avvio del progetto, la sperimentazione delle misure e le altre attività preparatorie richiedono investimenti maggiori rispetto all'attuazione di misure già consolidate. Per questo motivo, le analisi dei costi dovrebbero concentrarsi, per quanto possibile, sulla fase di «esercizio ordinario».[14]
- Per un esame più completo dell'economicità, oltre ai costi vengono inclusi nella valutazione economica anche i benefici e/o gli outcome. Nell'ambito dell'**analisi costi-conseguenze** (CCA), ciò avviene sotto forma di una descrizione sistematica delle diverse componenti di beneficio associate agli outcome e di una valutazione (soggettiva) del rapporto tra costi e benefici. L'analisi acquista maggiore robustezza quando, per gli elementi progettuali che si prestano a tale approccio, i benefici vengono rilevati mediante parametri misurabili e messi in relazione con i costi (approccio CEA), consentendo inoltre un confronto con misure alternative (ovvero con lo scenario di non intervento) in termini di costi-efficacia o costi-utilità.

13 In una considerazione globale, ciò riguarderebbe sia i costi diretti (interni) sia quelli indiretti (esterni), nonché i costi tangibili e intangibili. Gli effetti tangibili e intangibili vengono distinti in base al criterio della misurabilità: i primi possono essere quantificati in termini monetari, mentre i secondi possono essere determinati soltanto con l'ausilio di informazioni di natura qualitativa. Nel caso concreto, tuttavia, è spesso oggetto di dibattito quali effetti debbano essere considerati tangibili e quali invece intangibili.

14 Nelle analisi economiche, in questi casi si ricorre frequentemente all'attualizzazione dei costi (e anche degli effetti utili).

- Nella sua variante più completa, ossia nell'**analisi costi-benefici** (CBA), tutti i costi e tutti i benefici di un progetto o di una misura vengono rilevati in unità monetarie e messi a confronto attraverso una valutazione complessiva del rapporto tra l'insieme delle risorse impiegate (costi) e l'insieme dei benefici ottenuti, sotto forma di un bilancio costi-benefici (beneficio netto, Return on Investment).

È evidente che la qualità dell'analisi dell'economicità è direttamente correlata con la qualità della misurazione degli effetti e con i dati raccolti. A tal fine, in linea di principio servono dati sui costi e sui benefici, ottenuti mediante le tecniche di rilevazione comunemente utilizzate nella ricerca sociale empirica (conteggi, misurazioni, osservazioni, test e, con minore forza probatoria, interviste o questionari, consultazione di esperte ed esperti, ecc.).

In sintesi è possibile evidenziare i seguenti aspetti, i quali possono rafforzare l'orientamento ai criteri EAE dei progetti PADC e della relativa valutazione nell'analisi dell'economicità:

- Creare i presupposti necessari: rilevare in modo completo e trasparente le risorse (monetarie) impiegate in un progetto (input, costi), nonché i benefici (monetari) generati dalla misura (output, outcome). La disponibilità dei dati e le modalità della loro raccolta devono essere chiarite già nella fase concettuale.
- Effettuare una valutazione minima dell'economicità sulla base del rapporto input-output e del rapporto input-portata (costi per prodotto generato; costi per membri del gruppo target, moltiplicatrici e moltiplicatori, pazienti raggiunti).
- Verificare e documentare l'economicità sotto forma di un'analisi costi-conseguenze, possibilmente integrata da elementi propri dell'analisi costi-efficacia.
- Qualora necessario e possibile: progettare e realizzare un'analisi costi-benefici completa, con contestuale rilevazione e monetizzazione di tutti i costi e di tutti i benefici di un progetto o di una misura.

5 Indicatori per i criteri EAE nel sostegno di progetti PADC



Di seguito vengono analizzati singolarmente i criteri EAE e sono individuate le categorie e gli indicatori rilevanti per l'ambito della PADC (una sintesi in forma tabellare è riportata nell'allegato A-1). Occorre tenere presente che, per quanto riguarda i criteri dell'efficacia e dell'economicità, non tutte le categorie e non tutti gli indicatori saranno necessariamente pertinenti o applicabili per ogni progetto. Per quanto concerne invece l'appropriatezza, tutte le categorie e tutti gli indicatori dovrebbero poter essere oggetto di valutazione. Per ciascun criterio vengono proposti diversi indicatori, che dovrebbero essere utilizzati per valutare il grado di adempimento del criterio stesso. Gli indicatori sono descritti come «parametri» e «indicazioni»: un parametro indica che è necessario un valore quantitativo, mentre un'indicazione presuppone un valore qualitativo (descrittivo).

5.1 Efficacia

Poiché l'efficacia degli interventi costituisce un presupposto per la loro appropriatezza ed economicità, nell'applicazione dei criteri EAE un ruolo centrale è attribuito alla misurazione dell'impatto. Nei progetti PADC, tale misurazione presenta notevoli sfide dal punto di vista sia metodologico che pratico. Occorre quindi verificare innanzitutto se sia possibile adottare un disegno sperimentale o quasi-sperimentale (confronto prima-dopo con gruppo di controllo). Laddove ciò non risulti possibile, i risultati dovrebbero essere corroborati e resi plausibili dal punto di vista metodologico nella misura più ampia possibile. Ciò significa che gli effetti dovrebbero essere misurati in più di due momenti temporali, mediante metodi differenti (mix metodologico) e a diversi livelli di impatto (moltiplicatrici/moltiplicatori, pazienti).
In linea di principio, nella maggior parte dei progetti PADC si distinguono due livelli di impatto, che vengono rappresentati nel modello d'impatto: da un lato gli effetti su moltiplicatrici e moltiplicatori, ossia su partner di progetto e figure professionali coinvolte; dall'altro lato, gli effetti sulle persone beneficiarie finali, ossia le persone in cura (pazienti) oppure le persone con un rischio aumentato di malattie non trasmissibili, problemi di dipendenza o disturbi psichici, nonché sui loro familiari.

5.1.1 Efficacia presso moltiplicatrici e moltiplicatori

La tabella 2 illustra le categorie e gli indicatori dell'efficacia presso le moltiplicatrici e i moltiplicatori.
La rilevazione della portata di un progetto è considerata il requisito minimo per la misurazione dell'impatto. Le indicazioni relative all'utilizzo di una misura o di un'offerta (per es. il numero di partecipanti a un'attività formativa) vengono generalmente attribuite agli output di un progetto; non sono pertanto considerate impatti veri e propri, bensì indicatori del raggiungimento degli obiettivi. Nella valutazione della portata, il numero di persone raggiunte viene rapportato (almeno in modo approssimativo) al numero di persone potenzialmente «raggiungibili». Se un progetto presenta una portata limitata, ciò può dipendere dal fatto che la platea di persone interessate dalla problematica affrontata sia sostanzialmente esigua; può però anche essere dovuto al fatto che, all'interno di un gruppo target potenzialmente ampio, sia stato possibile raggiungere soltanto un numero limitato di persone. Per rilevare la portata potenziale, occorre un valore di riferimento con cui confrontare la copertura effettivamente raggiunta. Tale valore deriva dalle indicazioni inserite dal team di progetto nella domanda di progetto e/o nella piattaforma Promotion Digitale e, se del caso, può essere adeguato dal team di valutazione sulla base di un'adeguata motivazione.
Per quanto concerne gli effetti, nel contesto della promozione della salute e della prevenzione si tende a operare una distinzione tra cambiamenti in relazione alle conoscenze, all'atteggiamento o alla motivazione al cambiamento comportamentale, all'accrescimento delle competenze e allo stesso cambiamento comportamentale (Finne & Paul, 2025). L'obiettivo finale è il cambiamento del comportamento, mentre gli altri aspetti sono considerati presupposti e/o tappe intermedie.

TABELLA 2

Categorie e indicatori dell'efficacia presso moltiplicatrici e moltiplicatori

Categoria	Indicatore
Utilizzo della misura e/o partecipazione alla sua attuazione (portata)	**Parametro 1:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che conoscono la misura e/o partecipano alla sua attuazione, in rapporto alla potenziale platea complessiva di possibili moltiplicatrici e moltiplicatori
Incremento delle conoscenze	**Parametro 2:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano di aver acquisito nuove conoscenze grazie alla misura e/o (b) per i quali è misurabile un incremento delle conoscenze
Cambiamento dell'atteggiamento e/o della motivazione	**Parametro 3:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano di aver cambiato il proprio atteggiamento/la propria motivazione grazie alla misura e/o (b) per i quali è misurabile un cambiamento dell'atteggiamento/della motivazione
Aumento delle competenze pratiche	**Parametro 4:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano, grazie alla misura, di sentirsi competenti nel modificare il proprio comportamento/il proprio operato, o (b) per i quali è misurabile un aumento della competenza pratica
Cambiamento comportamentale	**Parametro 5:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano, grazie alla misura, di aver cambiato il proprio comportamento/il proprio operato e/o (b) per i quali è misurabile/osservabile un cambiamento comportamentale/un diverso modo di agire
Miglioramenti che scaturiscono dalla tematica del progetto	**Parametro 6:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) grazie alla misura, riferiscono miglioramenti specifici riconducibili al progetto e/o (b) per i quali sono misurabili corrispondenti miglioramenti

Rappresentazione: BASS

I parametri da 2 a 6 rimandano a diverse possibilità di raccolta dei dati. Nella variante (a), alle persone intervistate viene chiesto di valutare autonomamente se, grazie alla misura, riscontrano un cambiamento in sé stesse. Nella variante (b), invece, l'intervista mira a sondare direttamente in che misura si siano verificati cambiamenti a livello di conoscenze, atteggiamenti, competenze pratiche o comportamento. La variante (b) è considerata più informativa e più solida. Gli effetti su moltiplicatrici e moltiplicatori possono essere verificati a titolo integrativo anche con una «prospettiva esterna», per esempio mediante la valutazione da parte di una persona terza esperta, chiamata a giudicare in che misura si sia verificato un cambiamento comportamentale nel contesto considerato e quali siano gli effetti prodotti. Il parametro 6 «Miglioramenti che scaturiscono dalla tematica del progetto» è un indicatore aperto che può essere impiegato per attestare cambiamenti sia a livello specifico del progetto, sia sul piano sistemico e delle condizioni quadro. A tal fine possono essere prese in considerazione anche altre forme di raccolta dati, come per esempio l'utilizzo di dati (di routine) delle organizzazioni coinvolte (cfr. capitolo 5.1.2).

5.1.2 Efficacia presso le/i pazienti

La tabella 3 illustra le categorie e gli indicatori dell'efficacia presso le persone in cura.

Anche per quanto riguarda le pazienti e i pazienti (comprese le persone con un rischio elevato di malattia e i familiari), la rilevazione della portata costituisce un requisito minimo. Inoltre, il grado di soddisfazione nei confronti della misura (dell'offerta o dell'intervento) è determinante affinché questa venga accolta favorevolmente e possa produrre un impatto. Ulteriori indicatori derivano dagli obiettivi del sostegno di progetti PADC[15] oppure sono riferiti alle

15 Cfr. https://promozionesalute.ch/prevention-dans-le-domaine-des-soins/soutien-de-projets/bases/obiettivi.

TABELLA 3

Categorie e indicatori dell'efficacia presso le/i pazienti

Categoria	Indicatore
Portata della misura	**Parametro 1:** numero e percentuale di pazienti che si avvalgono effettivamente della misura in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti
Soddisfazione	**Parametro 2:** numero e percentuale di pazienti che si dichiarano soddisfatte/i della misura
Obiettivi di sostegno della PADC: miglioramento delle competenze di autogestione, dell'autoefficacia, dell'autonomia e/o della qualità di vita	**Parametro 3:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, riferiscono un miglioramento delle proprie competenze di autogestione, dell'autoefficacia, dell'autonomia e/o della qualità di vita, e/o (b) per le/i quali sono misurabili corrispondenti miglioramenti
Riduzione del fabbisogno di cure	**Parametro 4:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, riferiscono una riduzione del proprio fabbisogno di cure e/o (b) per le/i quali è misurabile una corrispondente riduzione
Miglioramento della presa in carico/del trattamento	**Parametro 5:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, dichiarano di aver beneficiato di un miglioramento della presa in carico, e/o (b) per le/i quali è possibile rilevare o misurare un miglioramento della presa in carico
Ulteriori miglioramenti che scaturiscono dalla tematica del progetto[a]	**Parametro 6:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, riferiscono miglioramenti specifici riconducibili al progetto e/o (b) per le/i quali sono misurabili corrispondenti miglioramenti

[a] Impatti che scaturiscono dalla tematica specifica del progetto e che non rientrano nelle categorie precedentemente menzionate (per es. miglioramento del sonno, riduzione della suicidalità).

Rappresentazione: BASS

tematiche specifiche dei progetti e agli ambiti prioritari del sostegno di progetti (per es. miglioramento della qualità del sonno o stabilizzazione duratura dopo un tentativo di suicidio).

Per la misurazione dell'impatto sulle pazienti e sui pazienti possono essere utilizzate diverse forme di rilevazione dei dati. Come nel caso delle moltiplicatrici e dei moltiplicatori, si tratta (a) di valutazioni degli effetti riportate dalle stesse persone interessate, oppure (b) di parametri di misurazione oggettivi. Anche in questo caso, la misurazione del cambiamento è considerata più significativa della semplice autovalutazione, sebbene i due approcci non siano sempre chiaramente distinguibili. Dove disponibile, dovrebbe essere utilizzato uno strumento di indagine validato e idoneo alla misurazione dell'impatto.[16]

La stabilizzazione e/o il miglioramento dello stato di salute, nonché il rafforzamento delle competenze di autogestione, possono comportare una riduzione del fabbisogno di cure, con un'indubbia rilevanza ai fini dell'analisi dell'economicità (calcolo del potenziale risparmio derivante dalla riduzione delle prestazioni mediche erogate). In linea di principio, i cambiamenti nel fabbisogno di cure possono essere valutati direttamente dalle pazienti/dai pazienti stessi. Dove disponibili, dovrebbero tuttavia essere utilizzati anche dati relativi all'erogazione delle prestazioni che consentano di individuare eventuali variazioni del fabbisogno di cure (per es. numero di ricoveri ospedalieri, volume dei trattamenti usufruiti). Tali dati (di routine) sono spesso disponibili per periodi prolungati e consentono quindi di confrontare l'evoluzione osservata dopo l'introduzione di una nuova misura rispetto a quella registrata negli anni precedenti alla sua attuazione *(Interrupted Time Series Analysis)*. Una stima del potenziale risparmio

16 Il Foglio di lavoro 67 «Modalità di rilevamento della salute mentale» di Promozione Salute Svizzera propone una panoramica degli strumenti di rilevazione validati, attualmente in uso in Svizzera nell'ambito della salute mentale, e impiegabili per la valutazione dei progetti PADC.

presuppone che la riduzione del fabbisogno di cure possa essere misurata e quantificata in modo metodologicamente solido (cfr. capitolo 5.3).
Dove disponibili, i dati di routine possono essere utilizzati anche per misurare gli impatti sulla presa in carico. A tale riguardo, è importante considerare quali cambiamenti nella presa in carico siano rilevanti per le persone in cura e/o in che misura contribuiscano a migliorare il loro stato di salute. In linea di principio, è possibile che le persone in cura beneficino di un numero maggiore o minore di trattamenti, oppure di trattamenti diversi. Il cambiamento può quindi essere di natura quantitativa o qualitativa (oppure in entrambi i sensi). In alcuni casi, i miglioramenti nella presa in carico possono essere valutati dalle persone in cura (o anche dalle moltiplicatrici e dai moltiplicatori). In altri casi, le variazioni possono essere osservate nei dati (di routine) dei fornitori di prestazioni, per esempio quando una prestazione viene sostituita da un'altra. Anche questi effetti possono essere rilevanti ai fini del calcolo del potenziale risparmio.

5.1.3 Efficacia delle applicazioni digitali

Un caso particolare nell'ambito del sostegno di progetti PADC è rappresentato dai progetti che sviluppano e testano nella pratica applicazioni digitali, le quali producono parimenti effetti sulle moltiplicatrici e sui moltiplicatori nonché sulle persone in cura. Nel caso delle applicazioni digitali, l'enfasi si concentra spesso sui dati di utilizzo, che in parte possono essere rilevati in modo automatizzato. La portata dell'applicazione può essere monitorata con l'ausilio di diversi indicatori (tabella 4), tra cui il numero di registrazioni, il volume di utenti in un determinato arco temporale (mese, anno, durata del progetto) oppure il numero di funzionalità utilizzate (per es. download). Tuttavia, questi dati spesso non sono molto informativi, in quanto non consentono di sapere chi abbia visitato un sito web o scaricato un'applicazione, né in quale misura le/gli utenti abbiano effettivamente interagito con i contenuti.
Qualora le/gli utenti dell'applicazione vengano altresì coinvolti in un'indagine, per esempio nell'ambito di una fase di test, l'attenzione si concentra sul grado di soddisfazione circa la funzionalità dell'applicazione e sugli effetti specifici del progetto.

5.2 Appropriatezza

Per la valutazione dell'appropriatezza non esiste una metodologia scientifica specifica; piuttosto, occorre in primis una valutazione dell'idoneità e della rilevanza dei progetti. È quindi importante stabilire su quale valutazione debba basarsi l'applicazione dei criteri EAE. A tale riguardo, la guida Controllo della qualità chiama in causa sia le persone responsabili

TABELLA 4

Categorie e indicatori dell'efficacia delle applicazioni digitali

Categoria	Indicatore
Utilizzo dell'applicazione digitale (portata)	**Parametro 1:** numero di registrazioni in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti e/o ad applicazioni analoghe
	Parametro 2: numero di utenti al mese/trimestre/anno in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti e/o ad applicazioni analoghe
	Parametro 3: numero di funzioni utilizzate, visualizzazioni del sito web, download, ecc. in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti e/o ad applicazioni analoghe
Grado di soddisfazione per la funzionalità dell'applicazione	**Parametro 4:** numero e percentuale di utenti soddisfatte/i delle funzionalità dell'applicazione
Ulteriori effetti specifici del progetto[a]	**Parametro 5:** numero e percentuale di utenti che riferiscono un effetto specifico del progetto attribuibile all'applicazione digitale

[a] Impatti che scaturiscono dalla tematica specifica del progetto e che non rientrano nelle categorie precedentemente menzionate.

Rappresentazione: BASS

di progetto presso Promozione Salute Svizzera, sia anche le attività di valutazione (Widmer Howald et al., 2024).

L'appropriatezza dei progetti PADC può essere valutata in relazione a tre categorie: l'approccio progettuale, le misure adottate e l'organizzazione del progetto (tabella 5). Gli indicatori di appropriatezza richiamano i criteri di qualità della PADC, poiché l'idoneità di un progetto dipende dalla qualità della pianificazione e dell'attuazione progettuale e crea quindi i presupposti affinché il progetto stesso possa raggiungere i propri obiettivi e produrre gli effetti attesi (Widmer Howald et al., 2024). Nella fattispecie, si tratta di stime e valutazioni formulate dal team di valutazione sulla base dei dati da esso raccolti e della rendicontazione annuale dei progetti. Tali valutazioni devono essere motivate in modo trasparente e comprensibile, senza che una quantificazione dei risultati sia tuttavia necessaria. L'appropriatezza dell'approccio progettuale, delle misure e dell'organizzazione del progetto sono esaminabili anche in relazione al potenziale di consolidamento di un progetto.

Tutti gli aspetti dell'appropriatezza possono essere valutati sia in prospettiva ex ante (sulla base della domanda di progetto), sia in retrospettiva ex post (al termine dell'attuazione del progetto e sulla base dei risultati della valutazione).

5.3 Economicità

La valutazione dell'economicità dei progetti PADC consiste nel mettere a confronto i benefici delle misure attuate con i relativi costi. Le analisi dell'economicità, ovvero le analisi costi-benefici, aiutano a stabilire se gli effetti conseguiti giustificano le risorse impiegate. Esse contribuiscono a creare consapevolezza del valore delle misure dei progetti PADC e forniscono informazioni utili sulla sostenibilità nel tempo e sulle decisioni relative a un ulteriore finanziamento. A tal fine, occorre definire quali costi debbano essere messi a confronto con quali benefici e se questi ultimi si riferiscono a una o più delle misure sperimentate nel progetto. Di norma, l'enfasi dovrebbe essere posta sugli effetti osservati nelle persone in cura come base per le analisi dei costi. Sono tuttavia ipotizzabili anche scenari nei quali gli effetti su moltiplicatrici e moltiplicatori possono costituire la base di un'analisi costi-benefici (per es. quando le misure si rivolgono esclusivamente al personale specialistico e di conseguenza le persone in cura non sono state raggiunte durante la fase di attuazione del progetto).

TABELLA 5

Categorie e indicatori dell'appropriatezza

Categoria	Indicatore
Approccio del progetto	**Indicazione 1:** la scelta delle persone beneficiarie finali (gruppi target), delle moltiplicatrici e dei moltiplicatori, delle misure e dei setting è adeguata al raggiungimento degli obiettivi di sostegno della PADC.
	Indicazione 2: il fabbisogno di intervento presso le persone beneficiarie finali (gruppi target) è motivato in modo plausibile e, dove possibile, è supportato da dati.
Misure	**Indicazione 3:** le misure (previste) sono idonee a conseguire gli effetti perseguiti nel progetto. (Idoneità teorica)
	Indicazione 4: l'idoneità delle misure (attuate) è comprovata con un elevato grado di plausibilità. (Idoneità empirica sulla base della misurazione dell'impatto effettuata nell'ambito della valutazione)
Organizzazione del progetto	**Indicazione 5:** il progetto presenta una struttura adeguata e chiara per tutte le attrici e tutti gli attori, con ruoli e responsabilità ben definiti.
	Indicazione 6: è presente una direzione di progetto, dotata delle competenze necessarie e disponibile per l'intera durata del progetto.

Rappresentazione: BASS

Il presupposto fondamentale per l'analisi dell'economicità (tabella 6) è, da un lato, che i costi siano riportati in modo trasparente, in particolare per quanto riguarda l'utilizzo delle risorse finanziarie. Dall'altro lato, è necessario rilevare i benefici e/o gli elementi di beneficio della misura/delle misure. A tale riguardo, occorre quindi stabilire quali effetti si prestano a una valutazione costi-benefici. Da un lato, gli impatti devono essere rilevanti; dall'altro, devono poter essere quantificati e, per quanto possibile, risultare monetizzabili. Una valutazione dell'economicità di natura puramente qualitativa, basata per esempio sulle opinioni delle attrici e degli attori coinvolti, non è sufficiente. Per contro, determinati gruppi di attrici e attori o di figure professionali possono essere coinvolti nell'interpretazione e nella valutazione del rapporto rilevato tra costi e benefici/effetti.

Ai fini dell'analisi dell'economicità occorre pertanto stabilire quali costi debbano essere messi a confronto con quali componenti di beneficio e quale metodo vada selezionato per quantificare i benefici, nonché analizzare e valutare tale rapporto.

TABELLA 6

Categorie e indicatori dell'economicità

Categoria	Indicatore
Impiego dei mezzi allocati al progetto	**Indicazione 1:** gli oneri/i costi della misura (offerta/trattamento), suddivisi per categorie di costo (infrastruttura, personale, ecc.) ed eventualmente per fonte di finanziamento (contributi propri, contributi dei partner di progetto, contributi di terzi, ecc.), sono stati rendicontati e documentati in modo trasparente.[a]
Rapporto input-output/portata	**Indicazione 2:** i costi per prodotto generato dalle misure si collocano entro limiti plausibili e sostenibili (su base normativa, sulla base di considerazioni alternative, in base alla letteratura specialistica).
	Indicazione 3: i costi per persona target raggiunta (moltiplicatrici e moltiplicatori, pazienti) si collocano entro limiti plausibili e sostenibili (su base normativa, sulla base di considerazioni alternative, in base alla letteratura specialistica).
Economicità dei costi di progetto in rapporto al beneficio conseguito	**Indicazione 4:** il beneficio e/o le componenti di beneficio delle misure è/sono stati rilevati e presentati in una forma adeguata (benefici tangibili/monetizzabili e/o intangibili/non monetizzabili).[a]
	Indicazione 5: la messa a confronto sistematica e la ponderazione soggettiva dei costi delle misure e dei benefici della misura rilevati in forma qualitativa/descrittiva evidenziano un rapporto favorevole rispetto alle alternative (dove presenti). I costi aggiuntivi della misura (offerta/trattamento) sono compensati da un corrispondente beneficio aggiuntivo. (CCA)
	Parametro 1: la messa a confronto tra i costi delle misure e i parametri quantitativi non monetari di beneficio specifici del progetto (per es. per ogni ricovero d'urgenza evitato, per ogni mmHg di riduzione della pressione arteriosa) evidenzia un rapporto favorevole rispetto alle alternative disponibili (dove presenti). (CEA)
	Parametro 2: la messa a confronto tra i costi delle misure e i parametri quantitativi non monetari di beneficio specifici del progetto (per es. per numero di anni di vita in buona salute guadagnati – QALY) evidenzia un rapporto favorevole rispetto alle alternative disponibili (dove presenti). (CUA)
	Parametro 3: la messa a confronto dei costi della misura e dei benefici monetizzati da essa generati evidenzia un rapporto favorevole (bilancio costi-benefici positivo, beneficio netto), in termini assoluti e/o rispetto alle alternative disponibili (dove presenti). (CBA)

[a] Le indicazioni 1 e 4 costituiscono presupposti necessari per la determinazione dell'indicazione 5 e dei parametri 1-3.

Rappresentazione: BASS

6 Considerazioni finali

In che modo i criteri EAE possono essere resi applicabili all'ambito della PADC? Con quali metodi e indicatori è possibile integrare questi aspetti nella valutazione dei progetti? Il presente foglio di lavoro rimanda alle numerose sfide metodologiche e pratiche legate all'applicazione dei criteri EAE e illustra come e a quali condizioni sia possibile effettuare una valutazione dell'efficacia, dell'appropriatezza e dell'economicità dei progetti.

Per un orientamento coerente ai criteri EAE, emerge inoltre la necessità di adottare un approccio di valutazione più orientato all'aspetto quantitativo rispetto a quanto finora avvenuto nella maggior parte dei casi nella prassi valutativa della PADC. La sfida principale è rappresentata dalla misurazione dell'impatto, necessaria non solo per dimostrare l'efficacia, ma anche per valutare l'economicità. I progetti e le misure PADC sono efficaci quando i benefici ottenuti possono essere ricondotti con un elevato grado di plausibilità causale alla misura attuata/alle misure attuate. Per dimostrare l'economicità, inoltre, gli effetti devono essere quantificabili e, per quanto possibile, devono risultare misurabili e/o osservabili.

Il presupposto per la dimostrazione dell'efficacia e dell'economicità è un disegno di valutazione che è in grado di comprovare gli effetti con un elevato grado di plausibilità e che, in via ideale, comprende un confronto prima-dopo con gruppo di controllo. Nella valutazione dell'efficacia, l'enfasi dovrebbe essere posta sugli effetti prodotti presso le persone beneficiarie finali. Sebbene anche gli effetti a livello di moltiplicatrici e moltiplicatori siano importanti, essi costituiscono tuttavia soprattutto un passaggio necessario per raggiungere le pazienti e i pazienti. Dal punto di vista metodologico, l'applicazione dei criteri EAE nella valutazione è quindi impegnativa, almeno per quanto riguarda i criteri di efficacia ed economicità. Nel presente foglio di lavoro viene pertanto indicato anche quali approcci preliminari e quali varianti consentono di garantire perlomeno un orientamento minimo ai criteri EAE nell'ambito delle valutazioni.

L'applicazione dei criteri EAE risulta complessa non solo dal punto di vista della valutazione, ma anche per i progetti stessi, in quanto in ultima analisi sono proprio loro a dover assicurare la misurabilità degli effetti e la prevedibilità dei costi e dei benefici. In molti progetti continuerà a non essere possibile soddisfare i requisiti di un confronto prima-dopo con gruppo di controllo, utilizzare strumenti di misurazione standardizzati o persino misurare in forma adeguata gli effetti sulle persone beneficiarie. Occorre pertanto prendere in considerazione disegni di valutazione alternativi, pur nella consapevolezza che ciò comporta una minore solidità dei risultati.

Il sistema di indicatori sviluppato nell'ambito del presente foglio di lavoro intende fungere da bussola per orientare maggiormente l'attenzione della valutazione verso i criteri di efficacia, appropriatezza ed economicità. In questo contesto, gli indicatori devono tuttavia essere interpretati alla luce dell'approccio metodologico adottato, che presenta una correlazione diretta con la scelta del disegno di valutazione e dei metodi di rilevazione e analisi dei dati e che conduce a risultati caratterizzati da diversi livelli di solidità e valore informativo.

7 Riferimenti bibliografici

Assemblea federale svizzera. (2002). *Legge federale sull'Assemblea federale (Legge sul Parlamento, Lparl) del 13 dicembre 2002* (stato all'8 settembre 2025). SR 171.10.

BAK. (2023). *Gesundheitsökonomischer Fussabdruck der Prävention in der Gesundheitsversorgung: «Footprint PGV-Projekte». Relazione finale.* Su incarico di Promozione Salute Svizzera. BAK economic intelligence.

Balthasar, A. (2022). Evaluation der Aktivitäten zur Prävention von NCD: Unmögliches möglich machen. In Promozione Salute Svizzera (a cura di), *Prävention von chronischen Krankheiten* (pp. 169-179). Hogrefe.

Beywl, W. & Niestro, M. (2009). *Das A-B-C der wirkungsorientierten Evaluation.* (2ª ed. completamente riveduta e ampliata). Univation Institut für Evaluation.

Bieri, O. & Schwegler, C. (2024). *Leitfaden zur Entwicklung von Wirkungsmodellen. Wirksame Interventionen planen, darstellen und messen.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

Consiglio federale svizzero (1991). *Messaggio concernente la revisione dell'assicurazione malattia del 6 novembre 1991.* FF 1992 I 65.

Diekmann, A. (2023). *Empirische Sozialforschung. Grundlagen, Methoden, Anwendungen* (18ª ed. della nuova edizione completamente riveduta e ampliata). Rowohlt.

Döring, N. (2023). *Forschungsmethoden und Evaluation in den Sozial und Humanwissenschaften* (6ª ed. completamente riveduta, aggiornata e ampliata). Springer.

Fässler, S. & Studer, S. (2019). *Valutazione d'impatto degli interventi. Guida per progetti relativi agli ambiti attività fisica, alimentazione e salute psichica.* Foglio di lavoro 46. Promozione Salute Svizzera. https://promozionesalute.ch/node/465

Finne, E. & Paul, H. (2025). Erklärungs- und Veränderungsmodelle 1: Einstellungs- und Verhaltensänderung. In Bundesinstitut für Öffentliche Gesundheit (BIÖG) (a cura di), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BIOEG:Q4-i012-3.0

Kaufmann, C., Brandt, S. K., Gut, V., Nicolet, A., Marti, J. & Senn, N. (2021): *Analyse der (hybriden) Finanzierungslage von präventiven Angeboten in der Gesundheitsversorgung (PGV). Rapporto all'attenzione della Sezione PADC, Ufficio federale della sanità pubblica.* Interface Politikstudien Forschung Beratung.

König, H. (2022). Ökonomische Evaluation von Gesundheitsförderung und Prävention. In Bundeszentrale für gesundheitliche Aufklärung (BZgA) (a cura di), *Leitbegriffe der Gesundheitsförderung und Prävention. Glossar zu Konzepten, Strategien und Methoden.* https://doi.org/10.17623/BZGA:Q4-i048-2.0

Laubereau, B., Föhn, Z., Gubser, J., Hertig, V. & Balthasar, A. (2023). *Valutazione globale del sostegno di progetti Prevenzione nell'ambito delle cure (PADC) presso Promozione Salute Svizzera per il periodo 2017-2023. Relazione finale all'attenzione di Promozione Salute Svizzera.* Interface Politikstudien Forschung Beratung. (disponibile in tedesco e francese)

Marti, J., Mattli, R., Nicolet, A. & Wieser, S. (2022). The value of prevention: a health economics perspective. In Promozione Salute Svizzera (a cura di), *Prävention von chronischen Krankheiten* (pp. 151-167). Hogrefe.

Promozione Salute Svizzera. (2024). *Strategia 2025-2028.* Promozione Salute Svizzera. https://promozionesalute.ch/node/9122

Schneider, J., Trémeaud, R., Widmer Howald, F., Lörvall, K., Raso, G., Annaheim, B. & della Valle, M. (2021). *Piano del sostegno di progetti Prevenzione nell'ambito delle cure (PADC) 2021-2024.* Promozione Salute Svizzera.

Schöffski, O. & Graf von der Schulenburg, J. M. (a cura di). (2012). *Gesundheitsökonomische Evaluationen* (4ª ed.). Springer.

Schug, L., Federspiel, B. & Brügger, U. (2006). *Synthesebericht: Ökonomische Evaluation in den Kernthemen. Gesundes Körpergewicht, Psychische Gesundheit – Stress, Gesundheitsförderung und Prävention stärken.* Promozione Salute Svizzera.

SSMIG. (2024). *Wirksamkeit, Zweckmässigkeit und Wirtschaftlichkeit. Società Svizzera di Medicina Interna Generale.* Consultato il 26 novembre 2025 da https://www.sgaim.ch/de/themen/swissdrg-blog/07-wzw (in tedesco e francese)

UFSP. (2021). *La prevenzione nell'ambito delle cure (PADC). Approccio e attività.* Ufficio federale della sanità pubblica.

UFSP. (2022). *Operazionalizzazione dei criteri «efficacia, appropriatezza ed economicità» ai sensi dell'articolo 32 della Legge federale sull'assicurazione malattie (LAMal).* Ufficio federale della sanità pubblica.

Widmer Howald, F., Raso, G. & Annaheim, B. (2024). *Controllo della qualità – criteri di qualità e relativi indicatori per progetti di prevenzione nell'ambito delle cure (PADC).* Promozione Salute Svizzera. https://promozionesalute.ch/node/8817

Widmer, T. & Brunold, H. (2017). *Glossario della valutazione dell'UFSP.* Ufficio federale della sanità pubblica.

Zeyen, P. & Egger, T. (2024). *Valutazione della strategia di Promozione Salute Svizzera per gli anni 2019-2024.* Su incarico di Promozione Salute Svizzera. Büro für arbeits- und sozialpolitische Studien BASS.

Allegati

A-1 Tabella degli indicatori dei criteri EAE nella PADC

Categoria	Possibili indicatori
Efficacia – moltiplicatrici/moltiplicatori[17]	
Utilizzo della misura e/o partecipazione alla sua attuazione (portata)	**Parametro 1:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che conoscono la misura e/o partecipano alla sua attuazione, in rapporto alla potenziale platea complessiva di possibili moltiplicatrici e moltiplicatori
Incremento delle conoscenze	**Parametro 2:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano di aver acquisito nuove conoscenze grazie alla misura e/o (b) per i quali è misurabile un incremento delle conoscenze
Cambiamento dell'atteggiamento e/o della motivazione	**Parametro 3:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano di aver cambiato il proprio atteggiamento/la propria motivazione grazie alla misura e/o (b) per i quali è misurabile un cambiamento dell'atteggiamento/della motivazione
Aumento delle competenze pratiche	**Parametro 4:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano, grazie alla misura, di sentirsi competenti nel modificare il proprio comportamento/il proprio operato, o (b) per i quali è misurabile un aumento della competenza pratica
Cambiamento del comportamento	**Parametro 5:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) dichiarano, grazie alla misura, di aver cambiato il proprio comportamento/il proprio operato e/o (b) per i quali è misurabile/osservabile un cambiamento comportamentale/un diverso modo di agire
Miglioramenti che scaturiscono dalla tematica del progetto	**Parametro 6:** numero e percentuale di moltiplicatrici e moltiplicatori (intervistati) che (a) grazie alla misura, riferiscono miglioramenti specifici riconducibili al progetto e/o (b) per i quali sono misurabili corrispondenti miglioramenti
Efficacia – pazienti[18]	
Portata della misura	**Parametro 1:** numero e percentuale di pazienti che si avvalgono effettivamente della misura in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti
Soddisfazione	**Parametro 2:** numero e percentuale di pazienti che si dichiarano soddisfatte/i della misura
Obiettivi di sostegno della PADC: miglioramento delle competenze di auto-gestione, dell'autoefficacia, dell'autonomia e/o della qualità di vita	**Parametro 3:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, riferiscono un miglioramento delle proprie competenze di autogestione della salute, dell'autoefficacia, dell'autonomia e/o della qualità di vita, e/o (b) per le/i quali sono misurabili corrispondenti miglioramenti
Riduzione del fabbisogno di cure	**Parametro 4:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, riferiscono una riduzione del proprio fabbisogno di cure e/o (b) per le/i quali è misurabile una corrispondente riduzione
Miglioramento della presa in carico/del tratta-mento	**Parametro 5:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, dichiarano di aver beneficiato di un miglioramento della presa in carico, e/o (b) per le/i quali è possibile rilevare o misurare un miglioramento della presa in carico
Ulteriori miglioramenti che scaturiscono dalla tematica del progetto	**Parametro 6:** numero e percentuale di pazienti che (a) grazie alla misura, riferiscono miglioramenti specifici riconducibili al progetto e/o (b) per le/i quali sono misurabili corri-spondenti miglioramenti

Categoria	Possibili indicatori
Efficacia – applicazioni digitali[19]	
Utilizzo dell'applicazione digitale (portata)	**Parametro 1:** numero di registrazioni in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti e/o ad applicazioni analoghe
	Parametro 2: numero di utenti al mese/trimestre/anno in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti e/o ad applicazioni analoghe
	Parametro 3: numero di funzioni utilizzate, visualizzazioni del sito web, download, ecc. in rapporto alla platea potenziale di possibili utenti e/o ad applicazioni analoghe
Grado di soddisfazione per la funzionalità dell'applicazione	**Parametro 4:** numero e percentuale di utenti soddisfatte/i delle funzionalità dell'applicazione.
Ulteriori effetti specifici del progetto	**Parametro 5:** numero e percentuale di utenti che riferiscono un effetto specifico del progetto attribuibile all'applicazione digitale.
Appropriatezza	
Approccio del progetto	**Indicazione 1:** la scelta delle persone beneficiarie finali (gruppi target), delle moltiplicatrici e dei moltiplicatori, delle misure e dei setting è adeguata al raggiungimento degli obiettivi di sostegno della PADC.
	Indicazione 2: il fabbisogno di intervento presso le persone beneficiarie finali (gruppi target) è motivato in modo plausibile e, ove possibile, è supportato da dati.
Misure	**Indicazione 3:** le misure (previste) sono idonee a conseguire gli effetti perseguiti nel progetto. (Idoneità teorica)
	Indicazione 4: l'idoneità delle misure (attuate) è comprovata con un elevato grado di plausibilità. (Idoneità empirica sulla base della misurazione dell'impatto effettuata nell'ambito della valutazione)
Organizzazione del progetto	**Indicazione 5:** il progetto presenta una struttura adeguata e chiara per tutte le attrici e tutti gli attori, con ruoli e responsabilità ben definiti.
	Indicazione 6: è presente una direzione di progetto, dotata delle competenze necessarie e disponibile per l'intera durata del progetto.

17 Le moltiplicatrici e i moltiplicatori sono perlopiù figure professionali (personale specialistico), ivi inclusi le/i partner di progetto. In determinati progetti, in questa platea sono incluse anche le persone che operano a titolo volontario.

18 Nel gruppo delle pazienti e dei pazienti rientrano anche le persone con un rischio aumentato di malattie non trasmissibili, problemi di dipendenza o disturbi psichici, nonché le persone bisognose di assistenza e cure. In determinati progetti, in questa platea rientrano anche i familiari.

19 Per applicazione digitale si intende un'app, una piattaforma di dati o uno strumento analogo sviluppato nell'ambito del progetto e utilizzato da moltiplicatrici/moltiplicatori e/o da pazienti.

Categoria	Possibili indicatori
Economicità[20]	
Impiego dei mezzi allocati al progetto	**Indicazione 1:** gli oneri / i costi della misura (offerta/trattamento), suddivisi per categorie di costo (infrastruttura, personale, ecc.) ed eventualmente per fonte di finanziamento (contributi propri, contributi dei partner di progetto, contributi di terzi, ecc.), sono stati rilevati e documentati in modo trasparente.
Rapporto input-output / portata	**Indicazione 2:** i costi per prodotto generato dalle misure si collocano entro limiti plausibili e sostenibili (su base normativa, sulla base di considerazioni alternative, in base alla letteratura specialistica).
	Indicazione 3: i costi per persona target raggiunta (moltiplicatrici e moltiplicatori, pazienti) si collocano entro limiti plausibili e sostenibili (su base normativa, sulla base di considerazioni alternative, in base alla letteratura specialistica).
Economicità dei costi di progetto in rapporto al beneficio conseguito	**Indicazione 4:** il beneficio e/o le componenti di beneficio delle misure è/sono stati rilevati e presentati in una forma adeguata (benefici tangibili / monetizzabili e/o intangibili / non monetizzabili).
	Indicazione 5: la messa a confronto sistematica e la ponderazione soggettiva dei costi delle misure e dei benefici della misura rilevati in forma qualitativa/descrittiva evidenziano un rapporto favorevole rispetto alle alternative (ove presenti). I costi aggiuntivi della misura (offerta/trattamento) sono compensati da un corrispondente beneficio aggiuntivo. (CCA)
	Parametro 1: la messa a confronto tra i costi delle misure e i parametri quantitativi non monetari di beneficio specifici del progetto (per es. per ogni ricovero d'urgenza evitato, per ogni mmHg di riduzione della pressione arteriosa) evidenzia un rapporto favorevole rispetto alle alternative disponibili (dove presenti). (CEA)
	Parametro 2: la messa a confronto tra i costi delle misure e i parametri quantitativi non monetari di beneficio specifici del progetto (per es. per numero di anni di vita in buona salute guadagnati – QALY) evidenzia un rapporto favorevole rispetto alle alternative disponibili (dove presenti). (CUA)
	Parametro 3: la messa a confronto dei costi della misura e dei benefici monetizzati da essa generati evidenzia un rapporto favorevole (bilancio costi-benefici positivo, beneficio netto), in termini assoluti e/o rispetto alle alternative disponibili (dove presenti). (CBA)

20 Le indicazioni 1 e 4 della categoria «Economicità» costituiscono presupposti necessari per la determinazione dell'indicazione 5 e dei parametri 1-3.

Wankdorfallee 5, CH-3014 Berna
Tel. +41 31 350 04 04
office.bern@promotionsante.ch

Avenue de la Gare 52, CH-1003 Losanna
Tel. +41 21 345 15 15
office.lausanne@promotionsante.ch

www.gesundheitsfoerderung.ch
www.promotionsante.ch
www.promozionesalute.ch

04.0645.IT 07.2026