



Prevenzione e Promozione della Salute

GRIGLIA

per individuare e valorizzare BUONE PRATICHE TRASFERIBILI

versione 2020



Gruppo di lavoro:

Ragazzoni P., Coffano E., Dettoni L., Di Pilato M., Lingua S., Longo R., Rubino V., Scarponi S., Suglia A., Tortone C., Bena A.

**Dors Centro Regionale di Documentazione per la Promozione della Salute, ASL TO3, Regione Piemonte**

Questa griglia è frutto di un percorso di ricerca e innovazione sviluppatosi dal 2004 ad oggi con una serie di tappe (la principale nel 2011, anno di pubblicazione della prima versione della griglia per l'individuazione di Buone Pratiche, nell'ambito della collaborazione con il gruppo di lavoro nazionale di Guadagnare Salute-PinC) e sostenuto dal confronto a livello nazionale e internazionale.

Nello specifico a livello nazionale hanno contribuito all'aggiornamento numerosi colleghi nel corso di incontri formativi e seminari. A livello internazionale il presente strumento è stato analizzato e discusso con i colleghi del Thematic Working Group on Best Practice Portals (EuroHealthNet), della Joint Action Europea Chrodis Plus (2017-2020), della sessione tematica "health promoting practices" della 10° conferenza europea IUHPE (24-26 settembre 2018, Trondheim).

Si ringraziano quindi tutti i colleghi, in particolare i partecipanti alla comunità di pratica interregionale "lettori di Buone Pratiche Trasferibili", che in vario modo hanno collaborato e dato un importante contributo alla revisione di questo strumento che intende favorire processi di trasferibilità e sostenibilità delle Pratiche di prevenzione e promozione della salute attive in Italia.

Per approfondimenti e materiali:

- > sezione Buone Pratiche su www.dors.it
- > Pro.Sa www.retepromozionesalute.it

Revisione grafica e impaginazione a cura di Alessandro Rizzo e Silvano Santoro (Dors)

Pubblicazione: Settembre 2020

Indice

Che cos'è una buona pratica trasferibile di prevenzione e promozione della salute	4
Struttura della griglia e attribuzione del punteggio	5
Valutazione della pratica	6
Sintesi punteggi	16

Che cos'è una Buona Pratica Trasferibile di prevenzione e promozione della salute?

È un **progetto/programma** che raggiunge il miglior risultato possibile in una determinata situazione, perché è:

- > *in armonia con i principi/valori/credenze sia dei destinatari sia della promozione della salute*
- > *coerente con le prove di efficacia ed altri esempi di buona pratica*
- > *è ben integrato con il contesto ambientale e socioculturale in cui si realizza (Kahan e Goodstadt, 2001)¹.*

Una buona pratica trasferibile di prevenzione e promozione della salute si dimostra efficace nel migliorare le condizioni di qualità della vita, benessere e salute della popolazione in uno specifico contesto di vita reale.

Tale progetto/programma (denominato d'ora in poi "Pratica") è descritto e documentato in maniera da poter essere trasferito, facilmente e in modo guidato, in altri contesti/setting (Ng, E. & De Colombani, P. 2015)².

La presente griglia è frutto di un percorso partito nel 2004, effettuato da un gruppo multidisciplinare, multisettoriale, composto da operatori Dors che hanno lavorato con colleghi di altri settori, di altre Regioni Italiane e di altri Paesi Europei.

Questo lavoro comune ha portato:

- > ad un primo traguardo nel 2011 con la pubblicazione della "Griglia per la valorizzazione delle Buone Pratiche in Promozione della Salute"³, validata a livello nazionale nel 2012 all'interno del progetto PINC -Guadagnare Salute, confrontata e raccordata dal 2015 con altri sistemi di valutazione europei e con il profilo delle competenze del promotore della Salute (IUHPE-CompHP⁴ (2012)
- > ad un secondo traguardo nel 2020 con questa nuova "Griglia per individuare Buone Pratiche Trasferibili" in cui sono stati rinforzati gli elementi (materiali documentali) e i processi (criteri Parti A e C) di trasferibilità della Pratica.

La griglia, oltre a essere uno strumento di individuazione e valutazione di Buone Pratiche Trasferibili, è anche uno strumento di progettazione e autovalutazione per i progettisti. Per facilitare questo lavoro, alla griglia è correlata una "guida alla progettazione"⁵ che ne ripercorre e ne esplicita la struttura e i contenuti con:

- > definizioni, approfondimenti bibliografici ed elementi metodologici per ciascun criterio e
- > esempi applicativi tratti da progetti valutati come Buone Pratiche Trasferibili
- > collegamento con le relative competenze individuate dal manuale IUHPE-CompHP (2012)

¹ Kahan, B., Goodstadt, M., (2001 1st edition, 2005, 3rd edition). The Interactive Domain Model of Best Practices in Health Promotion: Developing and Implementing a Best Practices Approach to Health Promotion, Health Promotion Practice, 2, 1:43-54).

² Ng Eileen, De Colombani Pierpaolo, Framework for Selecting Best Practices in Public Health: A Systematic Literature Review. Journal of Public Health Research, 2015, vol. 4-577. https://www.researchgate.net/publication/284160265_Framework_for_Selecting_Best_Practices_in_Public_Health_A_Systematic_Literature_Review

³ Ragazzoni P, Tortone C, Coffano E (a cura di, 2011), Buone pratiche cercasi. La griglia di valutazione Dors per individuare le buone pratiche in prevenzione e promozione della salute, 2011, DoRS Regione Piemonte. In: www.dors.it/alleg/newcms/231111/best%20practice_webversion_def.pdf

⁴ <https://www.iuhpe.org/index.php/en/comphp-2/1248-comphp-2>,
https://www.iuhpe.org/images/PROJECTS/ACCREDITATION/CompHP_Handbooks_3_in_1_ITAL.pdf

⁵ La guida alla progettazione è in corso di aggiornamento per allinearsi alla nuova versione della griglia, attualmente a disposizione quella precedente al seguente link: https://www.retepromozionesalute.it/bd2_ipertesto.php

I Struttura della griglia e attribuzione del punteggio

La griglia è costituita da **71 domande, suddivise in tre parti/componenti**:

- A. Principi e Valori.** È composta da 15 domande suddivise in 3 criteri (equità nella salute, orientamento verso l'*empowerment*, partecipazione)
- B. Progettazione e Valutazione.** È composta da 40 domande suddivise in 9 criteri (analisi di contesto, setting, teorie e modelli, prove di efficacia/buona pratica, obiettivi SMART, descrizione attività/intervento, risorse/tempi e vincoli, valutazione di processo e valutazione di impatto/risultato)
- C. Sostenibilità e Trasferibilità.** È composta da 16 domande suddivise in 4 criteri (collaborazioni e alleanze, sostenibilità, trasferibilità, comunicazione)

A tutte le domande è attribuito il seguente **punteggio**

- > **1 (Sì)**
- > **0 (NO)**

Per ogni criterio, è previsto uno **spazio note e raccomandazioni** in cui il lettore/valutatore inserisce eventuali note/chiarimenti/indicazioni per il responsabile del progetto al fine di completare il processo di valutazione.

La valutazione complessiva è articolata in tre parti: Principi e Valori, Progettazione e Valutazione, Sostenibilità e Trasferibilità, con una sintesi descrittiva finale.

Per essere considerato Buona Pratica Trasferibile un progetto deve ottenere un punteggio totale superiore all'**80% del punteggio massimo ottenibile** (minimo punteggio 57/71).

Questa griglia valuta *progetti/programmi* - **pubblicati nella Banca dati Pro.Sa.** che soddisfano i seguenti requisiti:

1. Le pratiche **non** siano di tipo esclusivamente informativo
2. Abbiamo una **Scheda Progetto⁶ pubblicata e completa** con allegato il documento progettuale e una relazione rendicontativa
3. **Abbiano le Schede Intervento pubblicate e complete**
4. **Siano valutate** (valutazione di processo e risultato)
5. Siano realizzate da un gruppo di lavoro:
 - A. multi-disciplinare/multi-professionale:** composto da diverse professionalità e/o da diversi servizi/settori della stessa organizzazione
 - B. multi-settoriale:** composto da più settori, quali: sanità, istruzione, sociale, culturale, artistico, ambientale, turistico...
 - C. comprendente i rappresentanti dei destinatari intermedi e/o finali**
6. **Siano documentate in maniera chiara e completa** per poter ricostruire ciò che è stato fatto. Devono essere quindi presenti i seguenti documenti:
 - > il documento progettuale e la relazione annuale con i dati di valutazione di processo e di impatto
 - > gli strumenti usati (per l'analisi di contesto e dei determinanti, per la fase di valutazione di processo e risultato, per la comunicazione)
 - > gli strumenti operativi utilizzati negli interventi/azioni (ad esempio kit didattico)
 - > una bibliografia dettagliata su prove di efficacia, esempi di buona pratica, modelli teorici di riferimento
 - > gli eventuali documenti ufficiali/formali che riconoscono il gruppo di lavoro e ne definiscono i partecipanti (ad esempio una delibera/determina dirigenziale, ecc.).

⁶ Per approfondimenti sulla scheda progetto della banca dati Pro.Sa. si rimanda al documento: Brevi linee guida per il caricamento dei progetti (2019). In: <https://www.retepromozionesalute.it/comesiusa.php>

I VALUTAZIONE DELLA PRATICA

Titolo del Progetto / Programma: _____

Responsabile: _____

PROGETTO	SÌ	NO
• Progetto/programma non solamente informativo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Scheda progetto in Pro.Sa. pubblica e completa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Schede Intervento pubbliche e complete	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Progetto/programma valutato (valutazione di processo e di impatto)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
GRUPPO DI LAVORO		
• Multi-disciplinare/multi-professionale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Multi-settoriale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Comprendente i rappresentanti dei destinatari intermedi e/o finali	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
DOCUMENTAZIONE		
• Documento progettuale e relazione (intermedia/finale) con dati sulla valutazione e sulla sua realizzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Strumenti usati per l'analisi di contesto e dei determinanti del problema/bisogno/comportamento di salute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Strumenti usati per la valutazione di processo e impatto	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Strumenti operativi utilizzati negli interventi/azioni (ad esempio kit didattico)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Strumenti usati per la comunicazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Bibliografia dettagliata su prove di efficacia, esempi di buona pratica, modelli teorici di riferimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Eventuali documenti ufficiali/formali che riconoscono il gruppo di lavoro e ne definiscono i partecipanti (ad esempio una delibera/determina dirigenziale, ecc.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
• Allegati nominati in maniera chiara e completa (il titolo deve permettere di comprendere il contenuto di ciascun allegato)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

NOTE E RACCOMANDAZIONI



A. PRINCIPI E VALORI

- A1. Equità nella salute
- A2. Orientamento verso l'empowerment
- A3. Partecipazione



B. PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE

- B1. Analisi del contesto locale e dei determinanti di salute
- B2. Setting
- B3. Teorie e modelli di progettazione e di cambiamento del comportamento
- B4. Prove di efficacia ed esempi di Buona Pratica
- B5. Obiettivi SMART
- B6. Descrizione Intervento / Azione
- B7. Risorse, tempi e vincoli
- B8. Valutazione di processo
- B9. Valutazione di impatto e di risultato




C. SOSTENIBILITÀ E TRASFERIBILITÀ

- C1. Collaborazioni e alleanze
- C2. Sostenibilità
- C3. Trasferibilità
- C4. Comunicazione



A. PRINCIPI E VALORI

 A1. Equità nella salute	SÌ	NO
1. La pratica prende in considerazione alcuni determinanti delle disuguaglianze di salute (ad esempio fa riferimento ai fattori Progress Plus ⁷)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La pratica ha obiettivi espliciti di riduzione delle disuguaglianze rispetto a uno o più determinanti relativi ai destinatari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La pratica mette in atto azioni specifiche per la riduzione delle disuguaglianze secondo uno dei seguenti approcci <ul style="list-style-type: none"> > approccio universalistico⁸ > approccio a gradiente (universalismo proporzionato)⁹ > attenzione alla salute dei più vulnerabili¹⁰ > riduzione del gap di salute che esiste tra i più svantaggiati e i più avvantaggiati¹¹ 	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La pratica prevede una valutazione di impatto su alcuni determinanti delle disuguaglianze di salute. Se no, è motivato il motivo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. La pratica fornisce raccomandazioni o indicazioni per ridurre le disuguaglianze di salute considerate	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 5 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

⁷ PROGRESS acronimo inglese per: P =Luogo di residenza (Place of residence), R = Razza / etnia / cultura / lingua, O =Occupazione, G= Genere / sesso, R Religione, E= Livello di istruzione (Education), S =Stato socioeconomico, S =il Capitale sociale (Social capital). Plus include età, disabilità, e altre caratteristiche che possono costituire una condizione di svantaggio (Kavanagh J, Oliver S, Lorenc T. Reflections in developing and using PROGRESS-Plus. Equity update, 2008). https://www.researchgate.net/publication/285979865_Reflections_on_developing_and_using_PROGRESS-Plus | - Cochrane Methods Equity. PROGRESS Plus - <https://methods.cochrane.org/equity/projects/evidence-equity/progress-plus>

⁸ Approccio universalistico: si tratta di interventi offerti in maniera estesa a tutta la popolazione indipendentemente dal livello di bisogno/svantaggio.

⁹ Approccio a gradiente: si tratta di misure che, tenendo in considerazione la distribuzione di risorse in tutta la popolazione, tendono alla ridistribuzione equa delle potenzialità e opportunità, abilitando tutti gli individui a raggiungere il miglior stato di benessere possibile (fornendo risorse ai diversi livelli in maniera proporzionale al loro bisogno).

¹⁰ Attenzione ai più vulnerabili: si tratta di interventi rivolti esclusivamente a un gruppo particolarmente svantaggiato con l'obiettivo di migliorare il suo stato di salute (ad esempio: le donne straniere, i malati psichiatrici) senza un preciso riferimento alla riduzione delle disuguaglianze di salute.

¹¹ Riduzione del gap di salute: si tratta di azioni che hanno l'obiettivo esplicito di ridurre il divario di salute tra gli estremi della scala sociale, rendendo solitamente più veloce il miglioramento delle condizioni di salute dei più svantaggiati rispetto ai più avvantaggiati.



A2. Orientamento verso l'empowerment

SÌ

NO

1. La pratica è tesa ad **aumentare la responsabilità dei destinatari intermedi verso la propria/altrui salute** nonché verso condizioni di vita salutari SÌ NO
2. La pratica è tesa ad aumentare la **responsabilità dei destinatari finali verso la propria/altrui salute** nonché verso condizioni di vita salutari SÌ NO
3. La pratica crea **opportunità affinché i destinatari intermedi** possano **accrescere le proprie competenze/abilità** nel migliorare le scelte di salute SÌ NO
4. La pratica crea **opportunità affinché i destinatari finali** possano accrescere le **proprie competenze/abilità** nel migliorare le scelte di salute SÌ NO
5. La pratica crea opportunità per lo **sviluppo organizzativo e sociale** (regole, policy, clima) del contesto/setting di attuazione SÌ NO

**/ 5
TOTALE**

NOTE E RACCOMANDAZIONI




	A3. Partecipazione	SÌ	NO
1.	I destinatari intermedi e/o finali vengono coinvolti ¹² nella fase di elaborazione della pratica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	I destinatari intermedi e/o finali vengono coinvolti nella fase di analisi di contesto e di identificazione dei fattori determinanti il problema/bisogno di salute	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	I destinatari intermedi e/o finali vengono coinvolti nella fase di realizzazione della pratica (erogazione, facilitazione, co-conduzione...)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	I destinatari intermedi e/o finali vengono coinvolti nella fase di valutazione di processo e impatto della pratica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	È descritto in che modo i destinatari intermedi/finali vengono coinvolti nelle diverse fasi e la scelta delle modalità è motivata	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ 5 TOTALE			

NOTE E RACCOMANDAZIONI

¹² Si intende un coinvolgimento attivo e pratico (discussione, collaborazione), non una semplice informazione dei destinatari.



B. PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE

 B1. Analisi del contesto locale e dei determinanti di salute	SÌ	NO
1. La pratica è coerente con le caratteristiche descritte (socio-demografiche, economiche, sociali, ambientali e comportamentali) del contesto locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sono descritte le risorse del contesto locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sono descritti i vincoli del contesto locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sono individuati i fattori determinanti (individuali, ambientali, sociali) del problema/bisogno/comportamento di salute nel contesto locale e nel setting	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sono identificate e argomentate le priorità conseguenti all'analisi di contesto locale e dei determinanti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sono descritti strumenti e metodi usati per indagare i tre aspetti (risorse/vincoli, determinanti, priorità) sopra descritti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ 6 TOTALE		

NOTE E RACCOMANDAZIONI



	B2. Setting ¹³	SÌ	NO
1.	È stato analizzato e descritto il setting di intervento (scuola, luogo di lavoro, servizio sanitario/ospedaliero, comunità...) nelle sue caratteristiche ambientali, organizzative, sociali e di policy	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	È motivata la scelta dei setting nei quali si interviene	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	È motivato su quale livello di intervento si articolano gli obiettivi della pratica (individui, gruppi, ambiente, organizzazione, comunità e politiche locali)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	La pratica prevede attività/interventi , tra loro coerenti, su più livelli	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ 4 TOTALE			

NOTE E RACCOMANDAZIONI

¹³ M. Dooris (2006). Healthy settings: challenges to generating evidence of effectiveness Health Promot. Int., 21 (2006), pp. 55–65. Dalla carta di Ottawa (1986) in poi, l’approccio per setting è stato fortemente integrato a livello internazionale con le politiche, la teoria e la pratica della promozione della salute. L’OMS descrive il setting come un luogo in cui l’ambiente, l’organizzazione e fattori personali interagiscono con ricadute sulla salute e il benessere delle persone” (1998). L’approccio per setting considera i contesti fisici, organizzativi e sociali nei quali le persone sono raggiunte dagli interventi di Promozione della salute (Poland et al., 2009).

B3. Teorie e modelli di progettazione e di cambiamento del comportamento	SÌ	NO
1. Sono esplicitati i modelli teorici di progettazione scelti ¹⁴	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Nella descrizione della pratica sono esplicitati i modelli teorici di cambiamento del comportamento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La formulazione degli obiettivi e degli interventi/azioni è coerente con i modelli scelti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 3 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

B4. Prove di efficacia ed esempi di Buona Pratica	SÌ	NO
1. Sono indicate le prove di efficacia aggiornate presenti in letteratura o, se non sono state trovate, sono descritte le strategie usate per la ricerca bibliografica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sono illustrati gli esempi di buona pratica che hanno ispirato la pratica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. È argomentata l' applicabilità al contesto e al setting delle prove di efficacia e/o degli esempi di buona pratica scelti sulla base degli obiettivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 3 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

¹⁴ Può essere che non sia esplicitato chiaramente il modello di progettazione scelto (es. il modello Precede Proceed di Green) ma che la formulazione degli obiettivi e l'insieme delle attività sia coerente con un modello riconoscibile. In questo caso si può dare punteggio 1 (sì).



B5. Obiettivi SMART¹⁵	SÌ	NO
1. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi specifici (che descrivono “chi, cosa, quando”)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi misurabili	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi coerenti con i determinanti selezionati	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi realistici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Il cambiamento è descritto sotto forma di obiettivi delimitati nel tempo (che stabiliscono entro quando va raggiunto il cambiamento)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 5 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

B6. Descrizione Intervento / Azione	SÌ	NO
1. Sono descritti gli interventi / le azioni previste	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sono descritti metodi e strumenti per la realizzazione delle attività	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. È descritta la scansione temporale delle attività (cronoprogramma)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 3 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

¹⁵ Definizione di obiettivi SMART : Doran, G. T. (1981). “There’s a S.M.A.R.T. Way to Write Management’s Goals and Objectives”, Management Review, Vol. 70, Issue 11, pp. 35-36.

Per poter dare punteggio 1 (sì) ad ogni definizione occorre che tutti gli obiettivi la soddisfino: ad esempio per dare il punteggio 1 alla definizione chiari e specifici, tutti gli obiettivi previsti nel progetto devono essere chiari e specifici.



	B7. Risorse, tempi e vincoli	SÌ	NO
1.	È documentata (con un documento ufficiale, ad esempio delibera...) la composizione del gruppo di lavoro multidisciplinare/multiprofessionale/multisetoriale e con la partecipazione dei rappresentanti dei destinatari	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sono descritte le risorse necessarie (professionali, strumentali, economiche) per le diverse fasi (pianificazione, realizzazione e valutazione) della pratica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sono utilizzate le risorse presenti all'interno del setting e/o della comunità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Le risorse ipotizzate in fase progettuale sono state sufficienti a coprire le necessità nella fase di realizzazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.	Sono descritte le difficoltà (vincoli, barriere, criticità) incontrate e le soluzioni adottate per affrontarle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.	Sono descritte le eventuali opportunità (collaborazioni, fondi, canali comunicativi...), non previste in fase progettuale, che hanno sostenuto e rinforzato la pratica	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ 6 TOTALE			

NOTE E RACCOMANDAZIONI



B8. Valutazione di processo	SÌ	NO
1. La valutazione di processo è descritta con strumenti e metodi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. È stata fatta la valutazione delle attività realizzate (in termini di chi, cosa, come, dove e per quanto tempo)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sono evidenziate le criticità e le opportunità emerse dalla valutazione di processo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 3 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

B9. Valutazione di impatto e di risultato	SÌ	NO
1. La scelta degli indicatori è coerente con gli obiettivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La scelta degli indicatori segue degli standard riconosciuti. Ove non esistano degli standard, gli indicatori sono stati concordati dal gruppo di lavoro	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Per ogni obiettivo dichiarato è indicato e argomentato il grado di raggiungimento	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Sono stati raggiunti e descritti i risultati attesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sono stati descritti e analizzati eventuali risultati non attesi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6. Sono stati descritti i meccanismi che hanno permesso o ostacolato il raggiungimento degli obiettivi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7. Sono state tratte indicazioni per la trasferibilità , riprogettazione e ulteriori contributi teorici	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 6 TOTALE	


NOTE E RACCOMANDAZIONI




C. SOSTENIBILITÀ E TRASFERIBILITÀ

	C1. Collaborazioni e alleanze	SÌ	NO
1.	La pratica è realizzata in collaborazione e alleanza tra più servizi/ settori della stessa organizzazione/istituzione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.	Sono attivate collaborazioni e alleanze con enti/organizzazioni della comunità locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.	Sono individuate le risorse (economiche, formative, organizzative) necessarie per permettere la creazione, il funzionamento e il mantenimento di collaborazioni e alleanze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.	Le organizzazioni/istituzioni/enti e i destinatari portano avanti e continuano a realizzare la pratica nel tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
/ 4 TOTALE			


NOTE E RACCOMANDAZIONI

 C2. Sostenibilità	SÌ	NO
1. La pratica è parte di un piano/programma/strategia più ampio , oppure vi è una giustificazione perché non lo sia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La pratica è esplicitamente inserita nella policy/strategia dell'organizzazione che lo attua, nella storia della comunità e ne valorizza le competenze	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La pratica si integra/collega ad altre iniziative presenti nella comunità locale	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. È prevista una formazione specifica per gli operatori e/o i destinatari intermedi (conoscenze, tecniche e approcci) affinché le attività possano proseguire nel tempo	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5. Sono discusse le possibilità di prosecuzione/messa a regime/estensione della pratica tenendo conto dei limiti dati da finanziamenti, competenze, infrastrutture e partecipazione dei portatori di interesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 5	TOTALE

NOTE E RACCOMANDAZIONI

 C3. Trasferibilità	SÌ	NO
1. Gli strumenti utilizzati sono disponibili gratuitamente o, se sono a pagamento, ciò è chiaramente dichiarato	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. La descrizione della pratica include gli elementi organizzativi, identifica i limiti e le azioni necessarie a superare le eventuali criticità	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Sono analizzate e discusse le condizioni di estensione su larga scala (<i>scalability</i>) o di trasferimento in altro contesto/setting e sono esplicitate indicazioni e suggerimenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. La pratica è già stata estesa/trasferita/ripetuta con successo e sono esplicitate indicazioni e suggerimenti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 4 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

 C4. Comunicazione	SÌ	NO
1. È stato predisposto uno specifico piano di comunicazione	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Sono utilizzati/descritti e messi a disposizione i prodotti comunicativi ¹⁶	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. La pratica è stata diffusa ¹⁷ presso la comunità e i portatori di interesse	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
	/ 3 TOTALE	

NOTE E RACCOMANDAZIONI

¹⁶ Pieghevoli, locandine, poster, cartoline, pagine web, video, ...

¹⁷ Attraverso mass media locali, siti web, notiziari aziendali e associativi, convegni, eventi, social media, ...

I SINTESI PUNTEGGIO



A. PRINCIPI E VALORI	PARZIALI
A1. Equità	/5
A2. Empowerment	/5
A3. Partecipazione	/5
TOTALE / 15	
BPT > 12 (80% del totale)	



B. PROGETTAZIONE E VALUTAZIONE	PARZIALI
B1. Analisi di contesto	/6
B2. Setting	/4
B3. Teorie e Modelli	/3
B4. Prove di efficacia/buona pratica	/3
B5. Obiettivi SMART	/5
B6. Descrizione attività/intervento	/3
B7. Risorse, tempi e vincoli	/6
B8. Valutazione di processo	/3
B9. Valutazione impatto/risultato	/7
TOTALE / 40	
BPT > 32 (80% del totale)	



C. TRASFERIBILITÀ E SOSTENIBILITÀ	PARZIALI
C1. Collaborazioni e alleanze	/4
C2. Sostenibilità	/5
C3. Trasferibilità	/4
C4. Comunicazione	/3
TOTALE / 16	
BPT > 13 (80% del totale)	



PUNTEGGIO TOTALE OTTENUTO	/71
	BPT > 57 (80% del totale)



