

PROGETTO DI FORMAZIONE PER GLI OPERATORI SANI DELLA REGIONE ABRUZZO

"La prevenzione primaria basata su interventi efficaci e sul
mantenimento delle caratteristiche nutrizionali degli alimenti"

Antonio G. de Belvis
Marta Marino



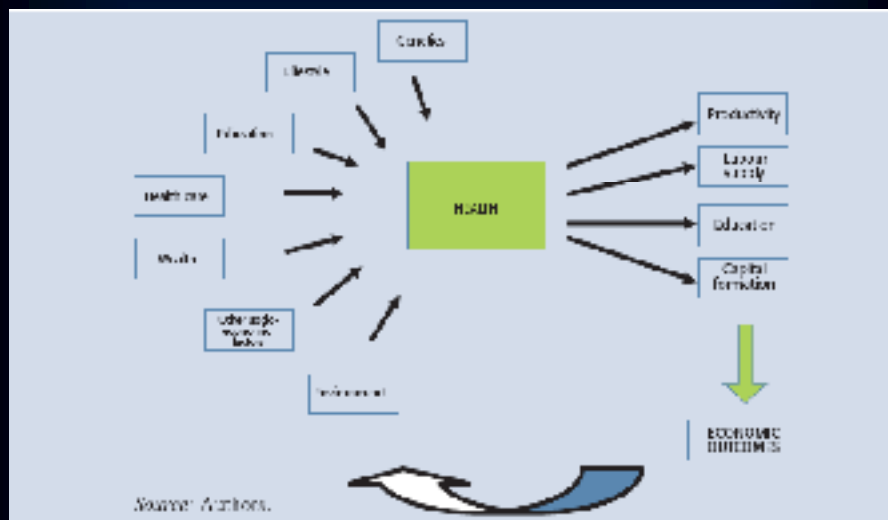
- Perché praticare la Sanità Pubblica Basata sulle Evidenze (EBPH)?
- Come praticare la EBPH? Gli strumenti
- Perché è difficile praticare l'EBPH?
- Come applicare la EBPH per progettare le attività del Dipartimento di Prevenzione (lavoro in piccoli gruppi)



- Perché praticare la Sanità Pubblica Basata sulle Evidenze (EBPH)?
- Come praticare la EBPH? Gli strumenti
- Perché è difficile praticare l'EBPH?
- Come applicare la EBPH per progettare le attività del Dipartimento di Prevenzione (lavoro in piccoli gruppi)

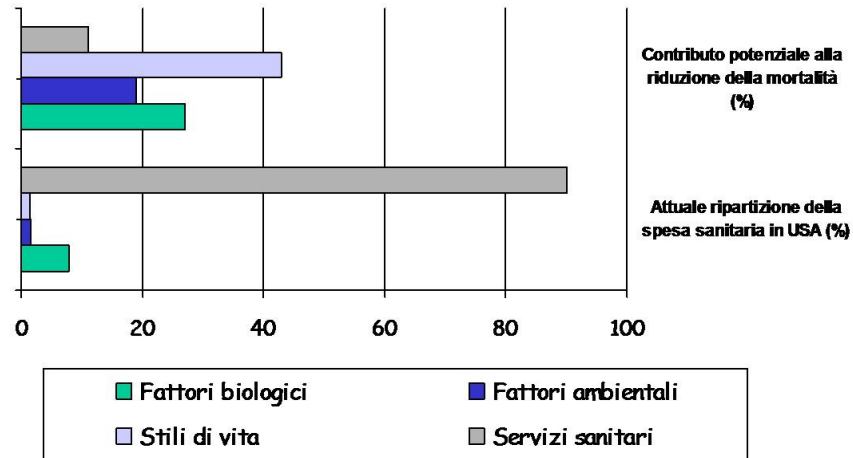


Health and economics



Source: EC Health & Consumer Protection, *The contribution of health to the economy in the EU, 2006*

Relazione tra determinanti di salute e ripartizione della spesa sanitaria pubblica negli U.S.A. (H.C.F.A.)



Dever, modificato da: de Belvis, Volpe, 2008

5

TABLE III
Federal outlays for medical and health-related activities by category
(in millions of dollars)

Health programs	Outlays		
	1974 actual	1975 estimate	1976 estimate
Development of health resources, total	4383	5242	5362
Health research	2085	2424	2512
Training and education	1146	1324	1145
Construction	761	967	1108
Improving organization and delivery	392	527	596
Provision of hospital and medical services, total	23918	28783	31348
Direct federal services	4797	5390	5828
Indirect services	19120	23393	25520
Prevention and control of health problems, total	888	1019	989
Disease prevention and control	419	458	405
Environmental control	90	129	137
Consumer protection	378	432	446
Total, health programs	29189	35044	37699

TABLE V

Comparison of federal health expenditures to the allocation of mortality in accordance with the epidemiological model for health policy analysis

Epidemiological model for health policy analysis	Federal health expenditures 1974-76 (percentage)	Allocation of mortality to the epidemiological model (percentage)
System of health care organization	90.6	11
Life style	1.2	43
Environment	1.5	19
Human biology	6.9	27
Total	100.2 ^a	100%

^a Due to rounding.

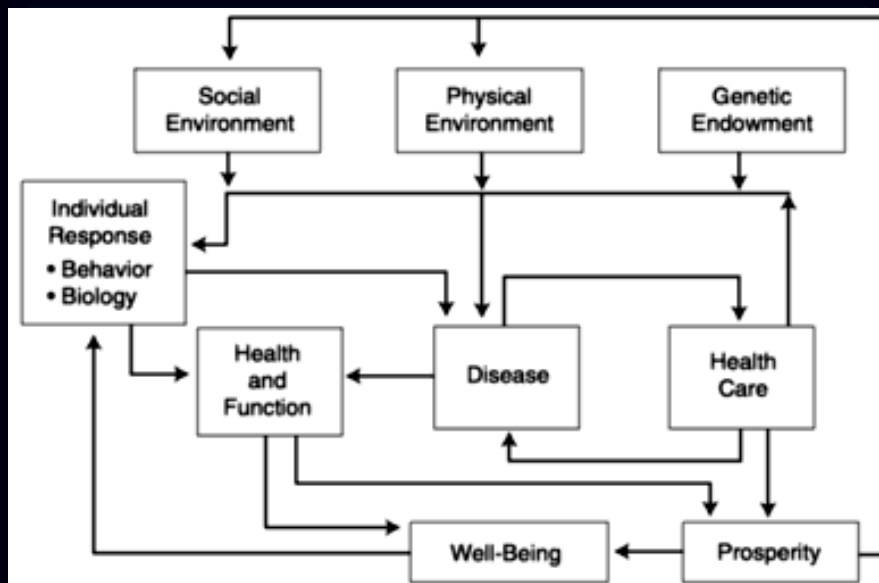
Source: Author.

Contributo che i determinanti di salute forniscono alla riduzione della mortalità: comparazione delle stime formulate da diversi autori				
Determinanti di salute	Contributo alla riduzione della mortalità (%)			
	Dever (1976)	CDC (1978)	CDC (1993)	Mc Ginnis (1993), Fielding (1994)
Fattori Biologici	27	16	20	28
Stili di vita	43	53	51	34
Ambiente	19	21	19	21
Servizi sanitari	11	10	10	17

Caratteristiche dei fenomeni salute-malattia e della loro misurazione

- Sono fenomeni sociali, multidimensionali
- Dinamici, a rapida evoluzione
- Inquadrabili in un quadro concettuale complesso
- Dimensioni soggettive e oggettive
- Dimensione territoriale, temporale
- Integrazione tra diverse fonti e indagini

9



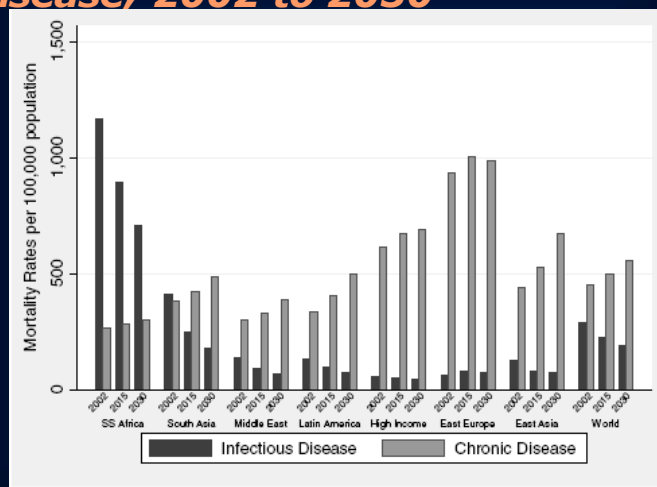
A model of the determinants of health — R. G. Evans and G. L. Stoddart, 1990

10

Stato di salute e stili di vita: la realtà italiana

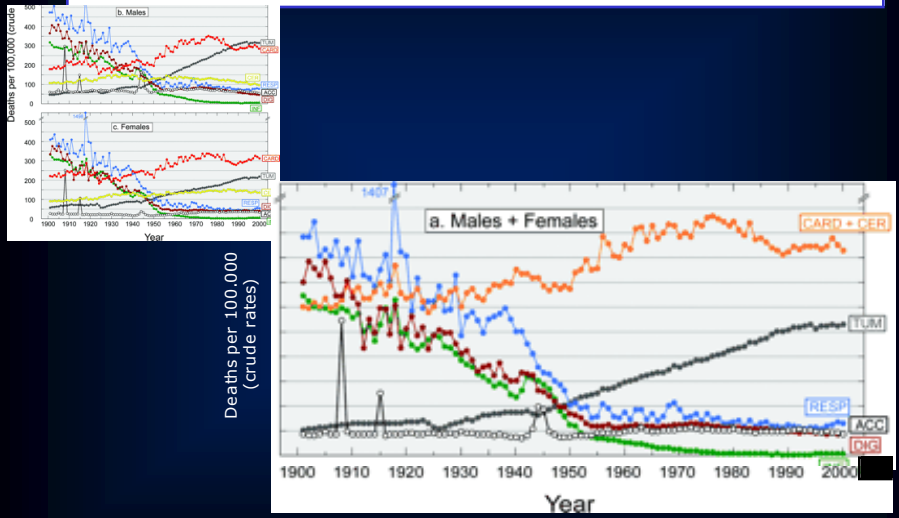
11

Evolution of the Global Burden of Disease, 2002 to 2030



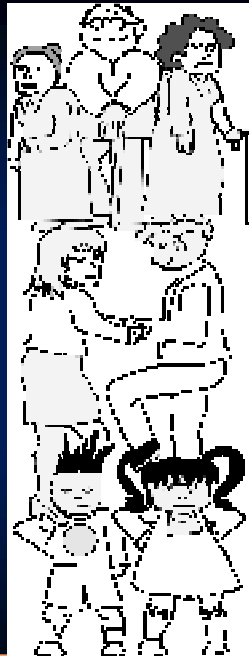
Stuckler D. The Milbank Quarterly, Vol. 86, No. 2, 2008 (pp. 273-326)

The epidemiological revolution of the 20th century in Italy



13

De Flora S. FASEB 2005



Aprile, 2010



Aprile, 2010

Sopravvivenza su 1000 nati vivi

Italia	1961	2008	<i>Variaz.</i>	<i>Variaz %</i>
60 anni M	768	906	<i>138</i>	<i>18</i>
60 anni F	849	950	<i>101</i>	<i>12</i>
80 anni M	286	527	<i>241</i>	<i>84</i>
80 anni F	415	724	<i>309</i>	<i>75</i>

Aprile, 2010

Main causes of Burden of Disease (DALYs) and mortality in the European Region of WHO (2004)

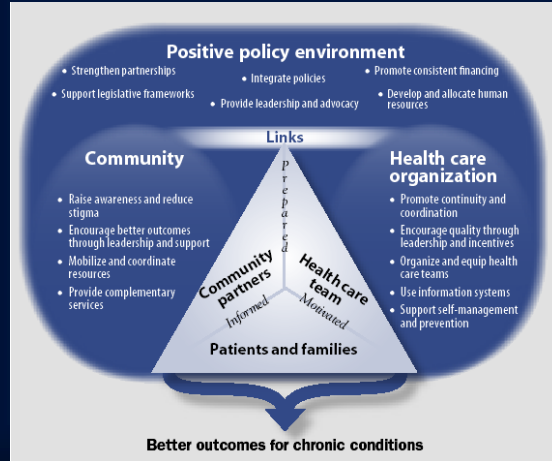
CAUSES	Burden of disease (Thous. Daly)	% all causes	Deaths (Thous.)	% all causes
CHD				
Psychiatric diseases	34.421	23%	5.067	52%
Malignant Neoplasms	29.370	20%	264	3%
Digestive tract d.	17.025	11%	1.855	19%
Respiratory tract d.	7.117	5%	391	4%
Nervus system d.	6.835	5%	420	4%
Muscolon-scheletal d.	6.339	4%	0	0%
Diabetes	5.745	4%	26	0%
Oral tract d.	2.319	2%	153	2%
	1.018	1%	0	2%
Total chronic diseases	115.339	77%	8.210	86%
Total all causes	150.322	100%	9.564	100%

The first ten causes of disability in the more advanced countries in the world (% of total DALYs – Disability Adjusted Life Years – medium level estimates, year 2030)

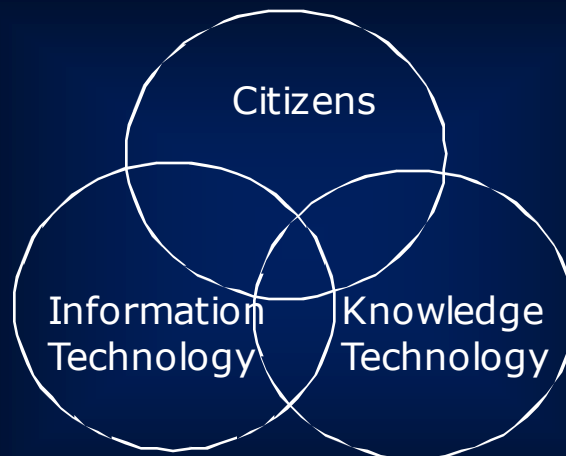
Ran k	Disease	% of DALYs
1	Unipolar depressive diseases	9,8
2	CHD	5,9
3	Alzheimer's disease	5,8
4	Alcol related disorders	4,7
5	Diabetes	4,5
6	Stroke	4,5
7	Ear loss	4,1
8	Neolpasms of the respiratory tract	3,0
9	Osteoarthritis	2,9
10	COPD	2,5

Source :Mathers, 2006

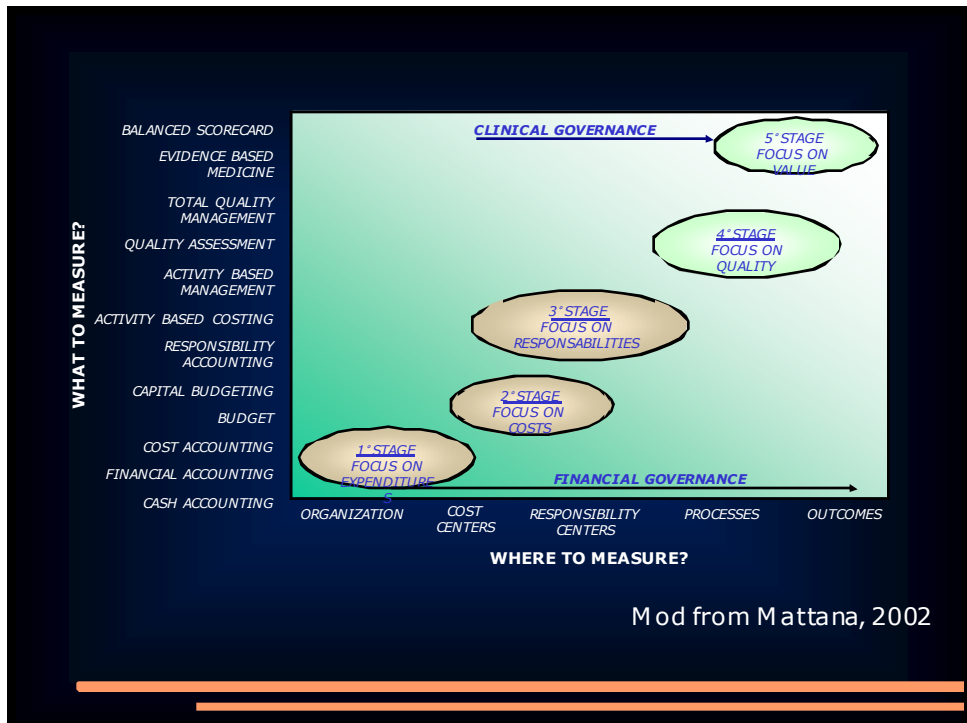
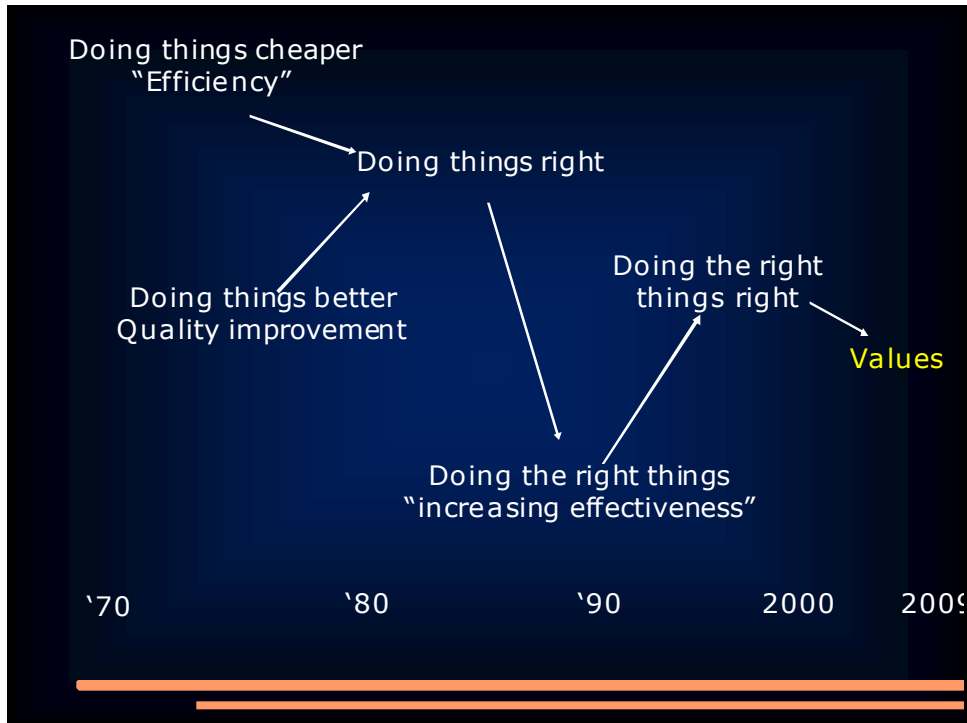
Innovative Care for Chronic Conditions Framework



WHO, Preparing a health care workforce for the 21st century - The challenge of chronic conditions, 2005



Muir Gray and Ricciardi, 2009



Alzheimer's drugs appeal refused

BBC
NEWS



NICE says the drugs will benefit about 40% of people with Alzheimer's

The National Institute for Health and Clinical Excellence said donepezil, rivastigmine and galantamine could be used to treat moderate stage disease.

Campaigners had argued patients in the early stages of Alzheimer's should also have access to the £2.50-per-day drugs.

But NICE said studies showed the drugs "did not make enough of a difference."

NICE guidelines cover England and Wales, but the health bodies in Scotland often follow suit.

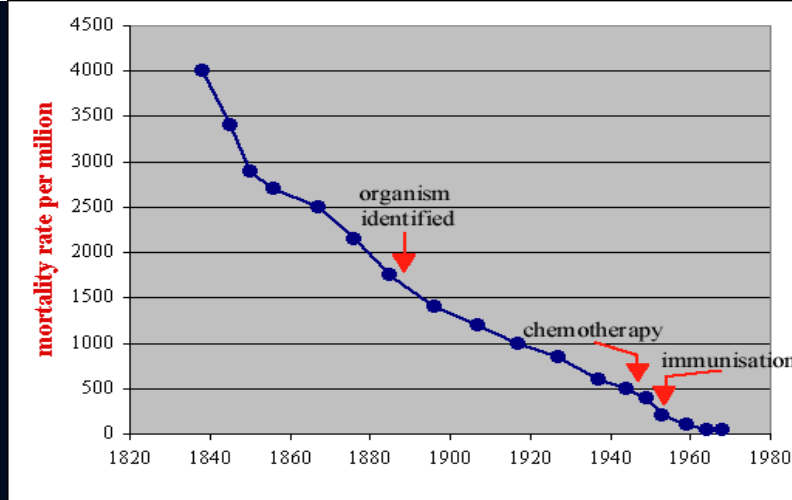
Alzheimer's disease groups have condemned a decision by the NHS drugs watchdog to reject their appeal for greater access to certain drugs.

Last Updated: Wednesday, 11 October 2006, 07:06 GMT 08:06 UK

"The main health determinants are social and economic, thus interventions should be social and economic ones "

(Rose G, 1992)

Mortality rates for TBC in England and Wales (Mc Keown, 1976)



Cause di mortalità, fattori di rischio biologici, ambientali, sociali e comportamentali (mod. da: Green, 2007)

Fattori e condizioni di rischio	Principali cause di mortalità										
	Malattie cardiovascolari	Cancro	Letici	Incedenti (non stradali)	Influenza, Polmonite	Incedenti stradali	Diabete	Crisi epatica	Suicidi	Omicidi	AIDS
Fattori di rischio comportamentali											
Fumo di sigaretta	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Iperensione arteriosa	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Ipercolesterolemia	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dieta	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Obesità	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Vita sedentaria	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Stress	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Abuso di alcol	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Dipendenza da farmaci/droga	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Mancato uso di cinture di sicurezza	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Possesso di armi da fuoco	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Abitudini sessuali	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fattori di rischio biologico (e: genetici)											
Fattori di rischio ambientale											
Esposizioni a radiazioni	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Rischi lavorativi	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Contaminanti ambientali	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Agenti infettivi	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Rischi in ambiente domestico	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Infrastrutture stradali	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Limiti di velocità	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Accesso ai servizi sanitari	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Design dei prodotti	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■	■
Fattori sociali											

Le minacce del futuro: i cambiamenti climatici

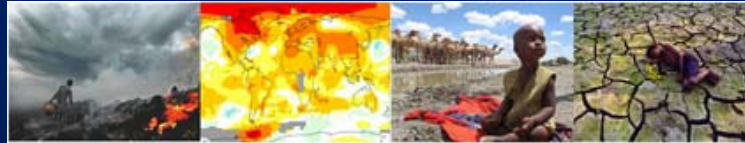


Table 5.1. Numbers of extreme climatic/weather events, people killed and affected, by region of the world, in the 1980s and 1990s

	1980s			1990s		
	Events	Killed (thousands)	Affected (millions)	Events	Killed (thousands)	Affected (millions)
Africa	243	417	137.8	247	10	104.3
Eastern Europe	66	2	0.1	150	5	12.4
Eastern Mediterranean	94	162	17.8	139	14	36.1
Latin America and Caribbean	265	12	54.1	298	59	30.7
South East Asia	242	54	850.5	286	458	427.4
Western Pacific	375	36	273.1	381	48	1,199.8
Developed	563	10	2.8	577	6	40.8
Total	1,848	692	1,336	2,078	601	1,851

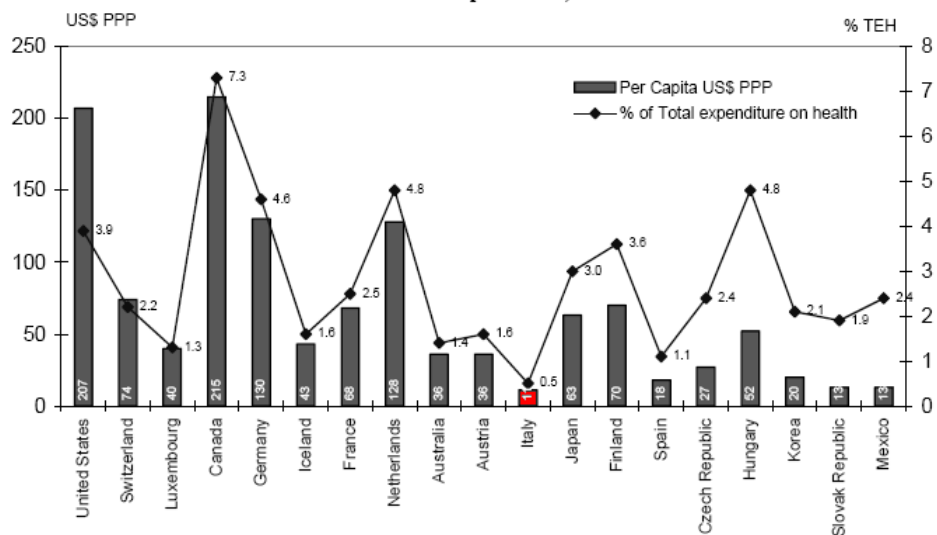
WHO, 2007

Trend spese sanitarie in Italia 1995-2004 (ASSR)



NEL NOSTRO SPECIFICO

Chart 6: Expenditure on prevention and public health per capita and as a percentage of total health expenditure, 2002



OECD Health Data 2004, 1st edition.

I valori orientativi di riferimento dei LEA e valori rilevati anni 2000-2001-2002 (Tavolo Costi - LEA) e Corte Conti 2006

MACRO LIVELLI DI ASSISTENZA	Valori percentuali di riferimento per il triennio 2002-2004	Valori percentuali rilevati Anno 2000	Valori percentuali rilevati Anno 2001	Valori percentuali rilevati Anno 2002
A Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro	5%	3,6%	4,3%	3,9%
B Assistenza distrettuale totale	49,5%	46,6%	47,6%	49,5%
C Assistenza ospedaliera	45,5%	49,8%	48,1%	46,6%

I valori di riferimento per 2005-07, definiti dal PSN 2006-08, sono: **5% prevenzione; 51% ass. distrettuale, 44% ass. ospedaliera**

Nel 2004 la Corte dei conti ha rilevato una spesa del 3,7% per la prevenzione

Quanto si spende per i LEA della prevenzione?

- L'indicatore globale di costo del primo livello di assistenza, che misura l'incidenza sui costi complessivi del costo sostenuto in ciascuna regione per assicurare le prestazioni del livello di "Assistenza sanitaria collettiva in ambienti di vita e di lavoro", risulta pari al 3,97%, mentre la soglia prevista dal nuovo PSN per tale livello è fissata al 5%. In due regioni: Friuli V.G. e Sicilia, l'indicatore non raggiunge il 3% mentre in Molise, Valle D'Aosta e Basilicata l'incidenza supera il 5%.

(Ministerosalute, 2005)

31

Prestazioni mediche. Quantità annue, media ad abitante e % attribuibile alla prevenzione- Anno 2005

Prestazioni mediche	Stime annue		
	quantità (in milioni)	media ad ab.	% prevenzione
Accertamenti diagnostici	200	3,4	50
Visite mediche generiche	406	7	25
Visite mediche specialistiche		3,7	
Farmaci	680(*)	12(+)	50
Visite di prevenzione	50	0,9	100
Vaccini antinfluenzali	12	0,2	100
Controlli (°)	non valutabile	(.)	50

(*) n. di persone annue che ricorrono ai farmaci; (+) media di volte annue a persona di ricorso ai farmaci; (°) colesterolo, trigliceridi, pressione arteriosa; (.) circa il 60% della popolazione fa questi controlli almeno una volta l'anno. Il 20% non ne fa.

Volpi, 2008 su dati ISTAT, 2007

32

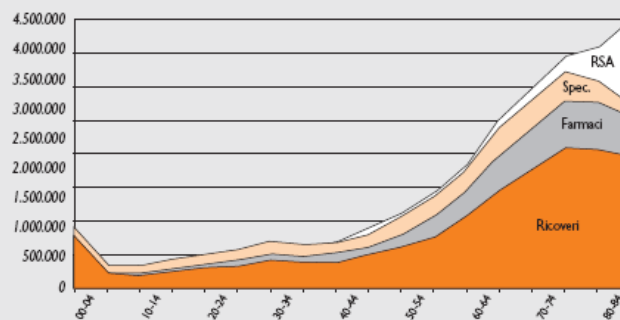
Mission e obiettivi diversi

	Azienda Sanitaria Locale	Azienda Ospedaliera
Ruolo	Pianificazione, Committenza, Produzione, Accountability istituzionale	Produzione
Finanziamento	Quota capitaria	Tariffa
Cultura organizzativa	Collaborazione (rete)	Competizione (autosufficienza)
Efficienza	Allocativa	Produttiva
Obiettivo finale	Risultato di salute Outcome	Prodotto di qualità Output
Centratura servizi	Paziente e comunità	Paziente e professionista
Fine della produzione	Appropriatezza	Remuneratività

33

Nicolini, 2009

Spesa per età, tipo e assistito - Asl Milano I - Anno 2000 (lire)



Fonte: Elaborazione Sanitea su dati Asl Milano I

ASSR, 2004

I BISOGNI DI SALUTE

I servizi sanitari devono essere progettati e realizzati per soddisfare i bisogni di salute della popolazione.

Come distinguere bisogni da desideri o da aspettative? (*needs vs wants*)

Loss (1990): "A need for health care exists when an assessor believes that health care ought to be provided"

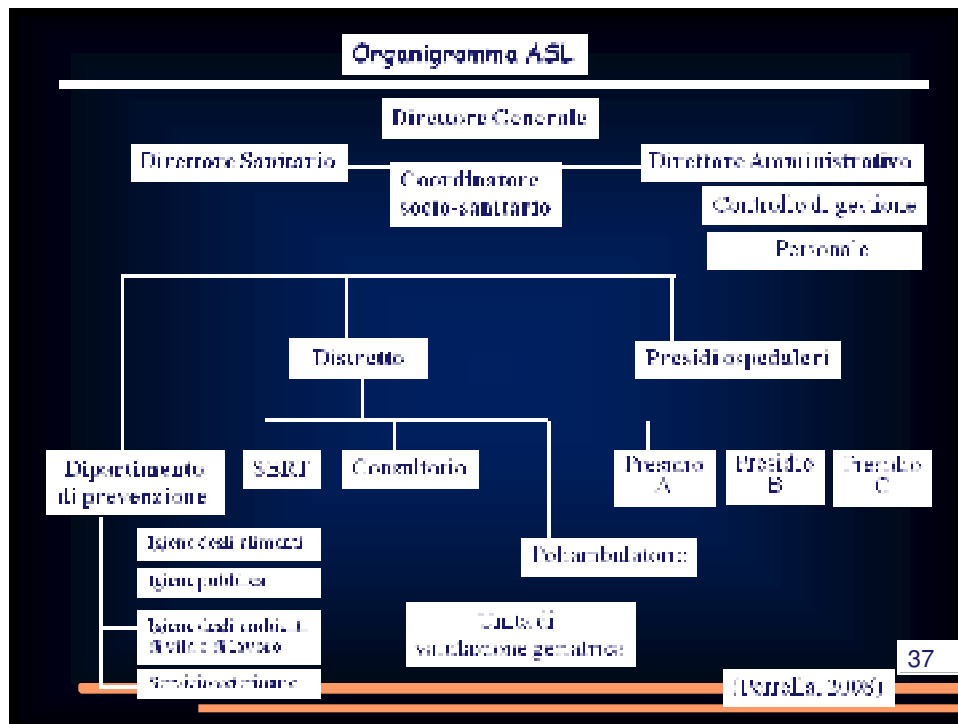
A chi spetta l'*assessment*? Da quale punto di vista vanno misurati e valutati i bisogni?

A livello clinico? A livello di popolazione? A livello di decisione-gestione socio-sanitaria?

I BISOGNI (DI SALUTE)

Gli uomini che si danno dietro ai desideri, farebbero meglio ad attenersi soltanto ai propri bisogni

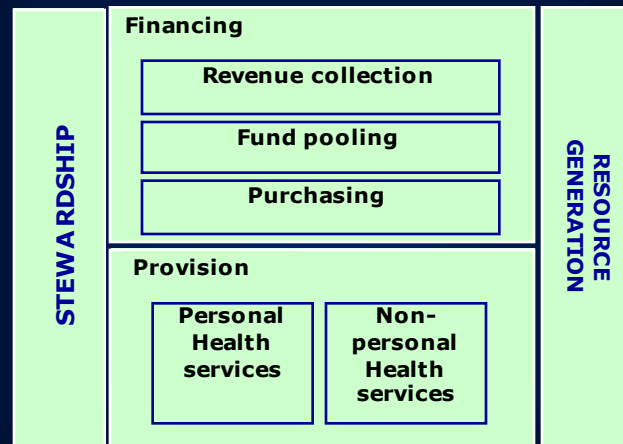
(K. Marx, "L'ideologia tedesca", citato da M. Barber, 2006)



A national health system is the complex of activities in a nation that results in the provision of health services to the population

Roemer M, 1997

Functions of healthcare systems



MURRAY CJ, 2000

The Tallinn Charter

- Within the political and institutional framework of each country, a health system is the ensemble of all public and private organizations, institutions and resources mandated to improve, maintain or restore health.
- Health systems encompass both personal and population services, as well as activities to influence the policies and actions of other sectors to address the social, environmental and economic determinants of health.
- [...] health systems are more than health care and include disease prevention, health promotion and efforts to influence other sectors to address health concerns in their policies.

WHO, 2008

Public Health

“Public Health is the process of mobilizing local, state, national and international resources to ensure the conditions in which people can be healthy”

The Oxford Textbook of Public Health, 1997

Scelte “miopi” in sanità

- Risparmio
- Che diano risultati visibili
- Possibilmente a breve termine
- Investimento
- Da risultati invisibili
- Da risultati a lungo termine

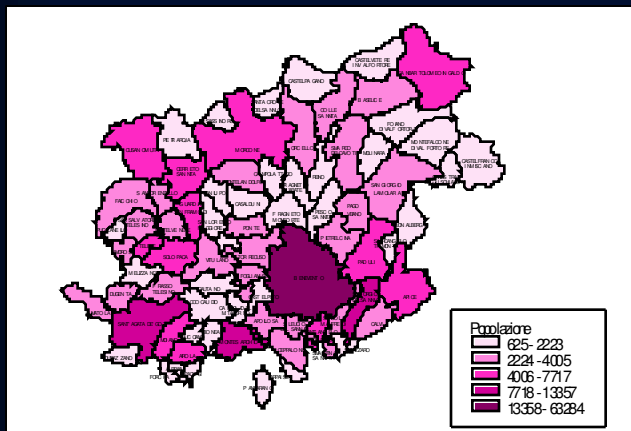
Domande aperte (SITI, 2007)

Sono adeguati gli strumenti a disposizione del Dipartimento di Prevenzione?

- Servizio Informativo della Prevenzione
- Sorveglianza epidemiologica
- Sistema della qualità, della certificazione, dell'accREDITamento per l'eccellenza
- Formazione permanente
- Verifica dei risultati ottenuti

43

La ASL BN 1



Popolazione residente: 292.829 abitanti (ISTAT, 2000), distribuita in 78 comuni. 4 Comunità montane e 7 distretti. La ASL BN 1 si estende su 2071 Km^q

44

Il Dipartimento di Prevenzione

- Scarsa efficacia dei flussi informativi relativi all'assistenza collettiva negli ambienti di vita e di lavoro, contenuti nel Modello FLS 18, nel valutare l'attività dei servizi, in quanto troppo legato ad aspetti quantitativi e di macro-aggregati di attività.
- In alcuni casi la valutazione dell'attività è di tipo simil-burocratico: rispondenza quantitativa della dotazione di personale
 - Basta dire che un Dipartimento di Prevenzione funziona perché le unità operative di prevenzione nei luoghi di lavoro, secondo l'organigramma aziendale, sono 22
 - il fabbisogno previsto dalla legge 32/94 (pari a 23,4 unità di personale) ?

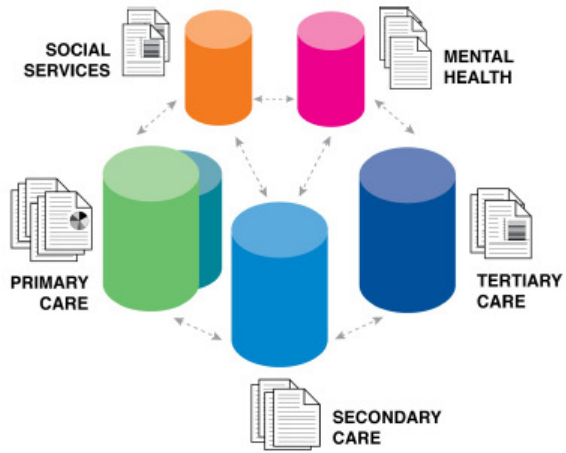
45

Dipartimento di Prevenzione: Tasso di incidenza di infortuni sul lavoro sulle aziende censite, per Distretto – ASL BN1 (2004)

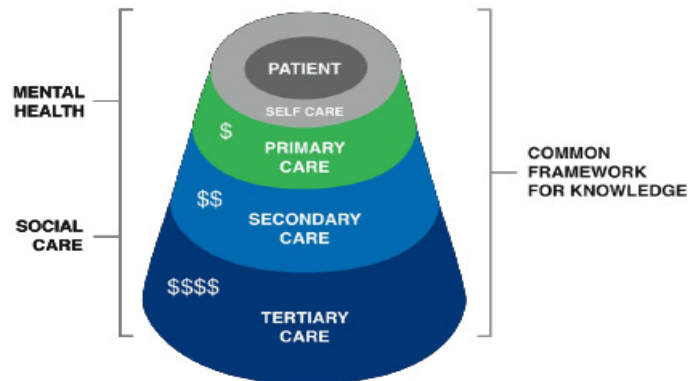
DISTRETTO DI RESIDENZA	Infortuni sul lavoro	Aziende censite e d in attività	Infortuni/azienda (%)
BENEVENTO	49	1554	3,2
CAUTANO	10	632	1,6
MONTESARCHIO	9	467	1,9
MORCONE	6	424	1,4
S.AGATA DEI GOTI	3	497	0,6
S.BARTOLOMEO IN G.	8	445	1,8
S.GIORGIO DEL SANNIO	9	779	1,2
TELESE TERME	19	1007	1,9
Totale complessivo	113	5805	1,9

46

Silos of care each with their own information resources



To a model where the patient is at the centre



I controlli ambientali (Tra Golette Verdi e Bandiere Blu...)

- Le ASL hanno perduto la competenza sui controlli ambientali dopo il Referendum del 1993;
- Mantengono quella di promozione e salvaguardia della salubrità e dell'igiene dell'ambiente naturale, di vita e di lavoro, da coordinare ed integrare con le ARPA

Occorre garantire una funzione di sintesi e "lettura" del dato ambientale in chiave di Sanità Pubblica (limite e rischio) e tutelare la funzione di valutazione, comunicazione del rischio e informazione/responsabilizzazione della comunità

49

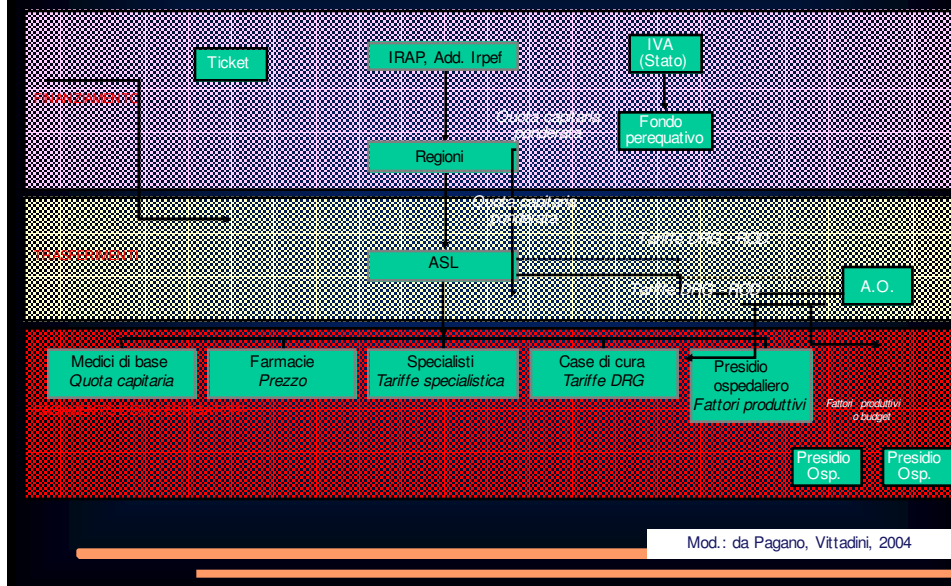
Il Piano Nazionale della Prevenzione Piano Nazionale di Prevenzione Attiva di Cernobbio

La prevenzione attiva è stata definita come un insieme articolato di interventi, offerti attivamente alla popolazione generale o a gruppi a rischio per malattie di rilevanza sociale, che vedono un coinvolgimento integrato dei vari soggetti del Servizio Sanitario Nazionale impegnati nelle attività di prevenzione primaria e secondaria

Il Piano Nazionale della Prevenzione

Rispetto ai tradizionali interventi di prevenzione, si punta non sull'obbligatorietà e controllo, ma sulla promozione ed adesione consapevole da parte del cittadino e sul coinvolgimento di tutte le strutture sanitarie e articolazioni organizzative delle aziende del SSN, pur con diversi livelli di responsabilità ed operatività: a partire dai Dipartimenti di prevenzione, sono coinvolti i medici di assistenza primaria, come pure strutture ospedaliere e specialistiche ed anche servizi socio-sanitari

IL FINANZIAMENTO SANITARIO (D. L.vo 56/2000)



Esercitazione: Ambiente e salute. Gli indicatori LEA

Inquadramento sugli indicatori LEA su
ambiente e salute.

Che cosa misurano della prevenzione e
quali sono i loro punti di forza e di
debolezza?

53

I livelli essenziali di assistenza

Cosa sono

L'insieme di tutte le prestazioni di assistenza sanitaria (con funzione preventiva, diagnostica, curativa e riabilitativa) e socio-sanitaria garantiti da parte del nostro SSN a tutta la popolazione entro i confini nazionali, mediante l'impiego di risorse pubbliche.

La loro definizione deve rispettare criteri e procedure rigidamente definite da norme e atti legislativi, ripetutamente rivisitati in occasione delle evoluzioni registratesi nella storia del SSN italiano.

La prima menzione legislativa è contenuta nella legge 833/78, atto costitutivo del SSN italiano, dove all'articolo 1 si stabilisce che *"La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il Servizio Sanitario Nazionale [...], costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinate alla promozione, al mantenimento ed al recupero della salute fisica e psichica di tutta la popolazione, senza distinzione di condizioni individuali o sociali e secondo modalità che assicurino l'eguaglianza dei cittadini nei confronti del servizio"*.

I livelli essenziali di assistenza

I principi informatori

- ✓ dignita' della persona
- ✓ bisogno di salute
- ✓ equita' nell'accesso
- ✓ qualita' delle cure
- ✓ appropriatezza rispetto alle esigenze cliniche
- ✓ economicita' nell'impiego delle risorse

de Belvis, Volpe, 2008

L'attuale articolazione dei LEA

Tramite il DPCM 29 novembre 2001, si viene a recepire quanto definito nell' Accordo Stato-Regioni del 22 novembre 2001, definendo *"i livelli essenziali di assistenza sanitaria di cui agli allegati 1, 2, 3 e 3.1 che costituiscono parte integrante del presente decreto e alle linee-guida di cui all'allegato 4"*:

Allegato 1: in tale allegato viene definita la "lista positiva" di tutte le attività erogate a carico del SSN, articolate in livelli, a loro volta ulteriormente suddivisi in sottolivelli:

Allegato 1 A:

- **Assistenza sanitaria collettiva in ambiente di vita e di lavoro**
- **Assistenza distrettuale**
- **Assistenza ospedaliera**

Le Liste

Il problema delle "liste"

- ✓ *lista positiva*: da' certezza alle parti sull'oggetto del contratto
- ✓ *lista negativa*: fissa alcuni punti fermi e demanda ad altri livelli la specificazione delle prestazioni garantite

57

Le prestazioni totalmente escluse dai LEA

Allegato 2A - lista di prestazioni che non rispondono a criteri di essenzialita' (pertinenza) ed efficacia

- chirurgia estetica
- medicine non convenzionali
- circoncisione rituale maschile
- vaccinazioni non obbligatorie per soggiorni all'estero
- certificazioni mediche non per fini di tutela collettiva
- N. 17 tipologie di prestazioni di fisioterapia ambulatoriale

58

La classificazione dei L.E.A. del Dipartimento di Prevenzione – All. 1 -1 DPCM 22/11/2001

- Prof ilassi delle malattie infettive e parassitarie
 - Tutela della collettiv ità e dei singoli dai rischi connessi con gli ambienti di v ita, anche con rif erimento agli effetti sanitari degli inquinanti ambientali
 - Tutela della collettiv ità e dei singoli dai rischi inf ortunistici e sanitari connessi con gli ambienti di lav oro
 - Sanità pubblica v eterinaria
 - Tutela igienico sanitaria degli alimenti; sorv eglianza e prev enzione nutrizionale
 - Attiv ità di prev enzione rivolte alla persona
 - vaccinazioni obbligatorie e raccomandate
 - programmi di diagnosi precoce

Indicatori LEA per la prevenzione

Area	Indicatore
	Totale prodotto fitosanitari distribuiti / Superficie regionale trattabile
	Costa non balneabile (marina e lacustre) x100 / Totale costa (marina e lacustre)
Tutela dei rischi connessi con gli ambienti di vita e di lavoro	<u>Volume benzina senza piombo (tonnellate) / Superficie regionale (km²)</u>
	Notifiche di infortuni/Numero di casi ospedalizzati nell'anno a seguito di infortunio sul lavoro con traumatismo nella diagnosi principale (Cod. ICD 9 CM 800-999), rapportati alla popolazione residente e attiva (età compresa tra 15 e 64 anni), per 100.000 abitanti
	N. controlli capi aziende bovine/bovini muniti di passaporto
	N. ispezioni macellazione/capi macellati
Sanità pubblica veterinaria	Numero ispezioni sul consumo di mangimi/mangime distribuito

La prevenzione Come dovrebbe essere la prevenzione?

- Attiva
- Misurabile nei suoi costi e nei suoi effetti
- Basata sulla persona (empowerment)
- Nudged (paternalismo libertario)



Antonio G. de Belvis

Primary Care Unit

Department of Public Health and Preventive Medicine
Catholic University "Sacro Cuore" - Teaching Hospital "A. Gemelli"

(Directed by: Walter Ricciardi)

e-mail: debelvis@rm.unicatt.it

