



Venezia, 26 maggio 2010

Scuola Grande San Giovanni Evangelista

Workshop promosso da ONS nell'ambito delle iniziative del Piano Nazionale Screening

RE-INGEGNERIZZAZIONE DELLA PREVENZIONE INDIVIDUALE E PROGRAMMI DI SCREENING: EFFICACIA, QUALITÀ E SOSTENIBILITÀ

Modelli organizzativi per la governance dei programmi di prevenzione in Italia

Roberta Siliquini

Dipartimento di Sanità Pubblica-Università di Torino



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica

PRINCIPI DELLO SCREENING (WHO)

..omissis...

- Il test deve essere bene accetto dalla popolazione.
- Devono esistere strutture per la diagnosi e trattamento.
- Deve esistere un accordo sui protocolli terapeutici di terapia e su chi sottoporre a trattamento.
- Il processo deve essere di qualità controllata.
- Deve prevedere la partecipazione di più discipline e figure professionali.
- Deve essere garantita la massima equità.

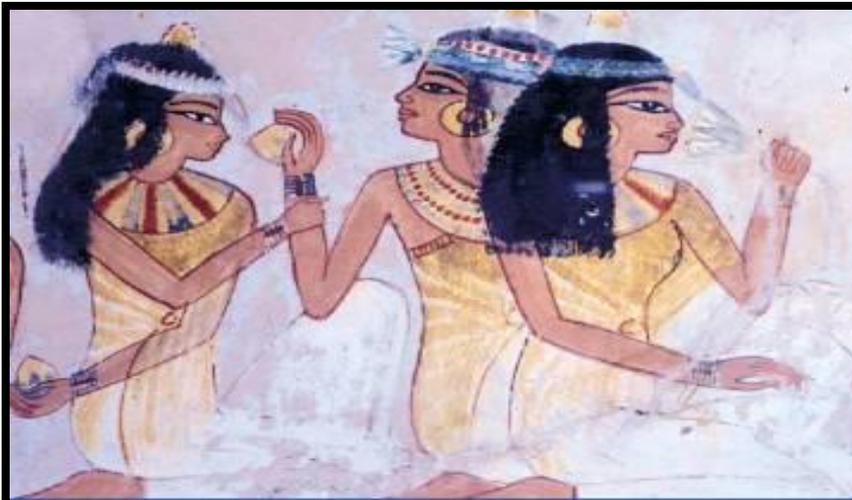


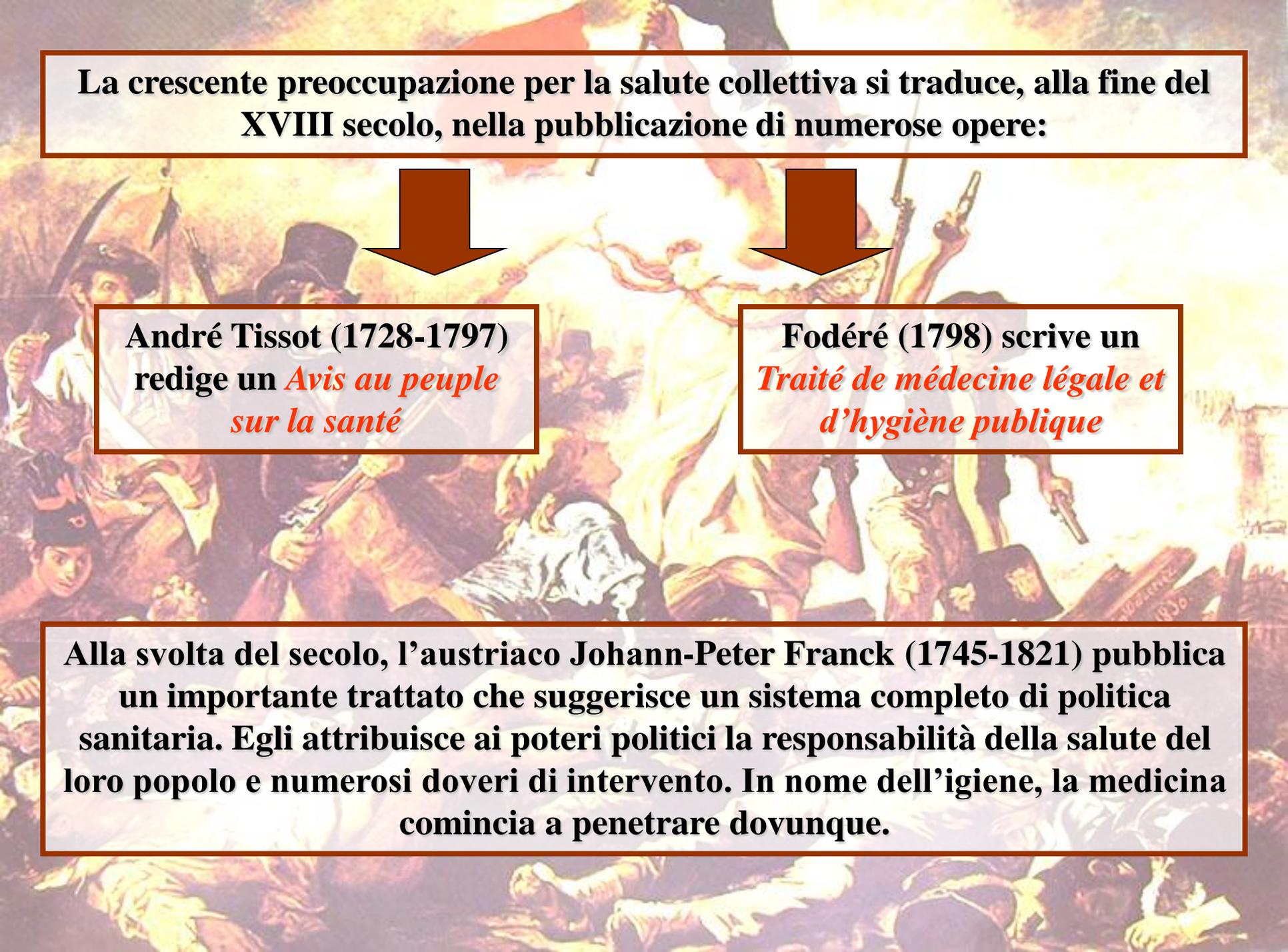
QUALE MODELLO DI PREVENZIONE?



La ginecologia occupava un posto notevole nell'ambito delle preoccupazioni mediche degli egizi e le gravidanze spesso precoci, comportavano numerose complicazioni.

E' infatti possibile identificare i prolapsi dell'utero, le metriti, le vulviti, i tumori uterini che si combattevano per mezzo di iniezioni locali, di purghe, di inalazioni aromatiche.





La crescente preoccupazione per la salute collettiva si traduce, alla fine del XVIII secolo, nella pubblicazione di numerose opere:

André Tissot (1728-1797)
redige un *Avis au peuple
sur la santé*

Fodéré (1798) scrive un
*Traité de médecine légale et
d'hygiène publique*

Alla svolta del secolo, l'austriaco Johann-Peter Franck (1745-1821) pubblica un importante trattato che suggerisce un sistema completo di politica sanitaria. Egli attribuisce ai poteri politici la responsabilità della salute del loro popolo e numerosi doveri di intervento. In nome dell'igiene, la medicina comincia a penetrare dovunque.

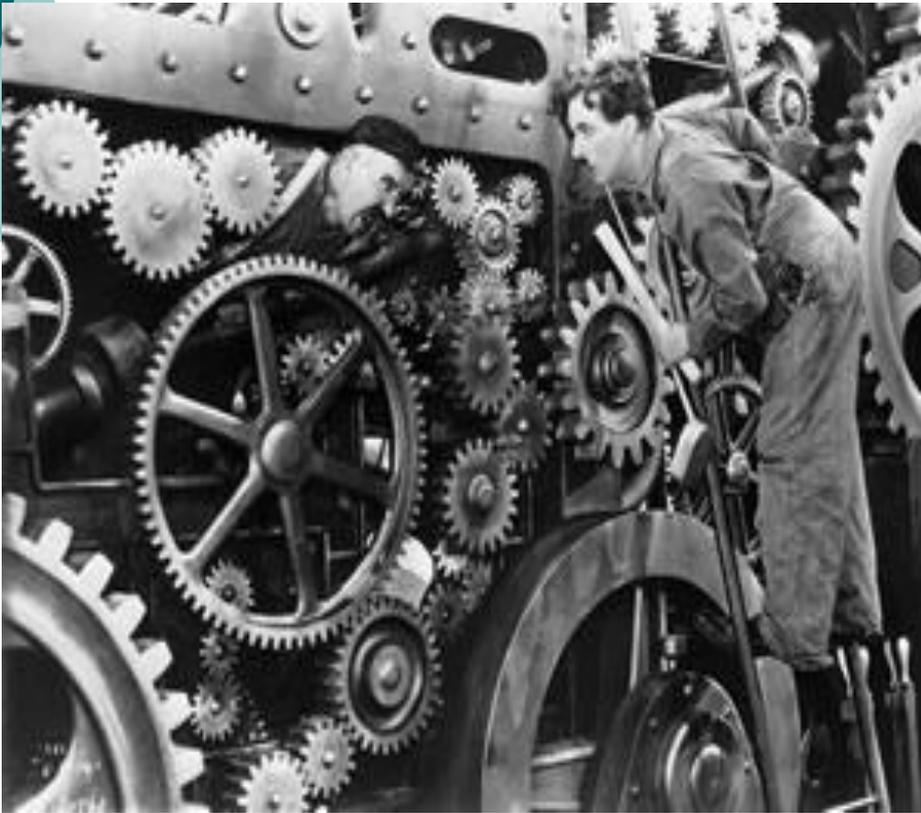
ANTENATI DI SIGMUND FREUD

- Lo sciamano inoltre ben conosce la società che cura e non applicherà la stessa terapia a tutti i membri del gruppo.



QUALE MODELLO DI PREVENZIONE?

PROGRAMMA ORGANIZZATO

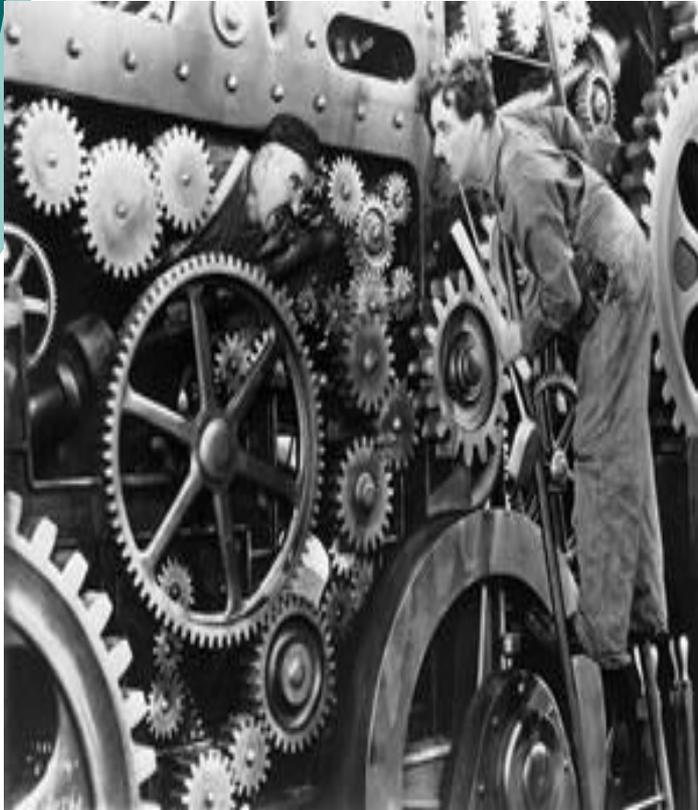


PREVENZIONE INDIVIDUALE



QUALE MODELLO DI PREVENZIONE?

PROGRAMMA ORGANIZZATO



- Prevede una libera scelta (modello di genere femminile)
- Sviluppa consapevolezza ed empowerment
- E' sinonimo di controllo di qualità

- Risultati a lungo termine
- Ha costi rilevanti
- Prevede un miglioramento continuo della qualità
- Prevede percorsi 'oliati' e rischio di medicalizzazione
- Deve essere sostenibile

QUALE MODELLO DI PREVENZIONE?

- Prevede una forte consapevolezza
- E' appannaggio di pochi
- E' obiettivo della Sanità Pubblica

- E' al momento lontana
- Vive di 'vita propria'
- Necessita di sforzi continui della PH in tutti gli ambiti (informazione, Empowerment, accesso rapido,..)

ESPRESSIONE INDIVIDUALE



QUALE MODELLO DI PREVENZIONE?

Lo sciamano inoltre ben conosce la società che cura e non applicherà la stessa terapia a tutti i membri del gruppo

Non esiste un modello organizzativo **valido in assoluto** ma e' necessario uno **studio continuo** della tipologia di **popolazione cui ci si rivolge** e della **sostenibilità economica e organizzativa** dell'approccio



E IN ITALIA?



Università degli Studi di Torino
Dipartimento di Sanità Pubblica

CONTESTO E RAZIONALE

... quale federalismo?

Il Sole

24ORE.com

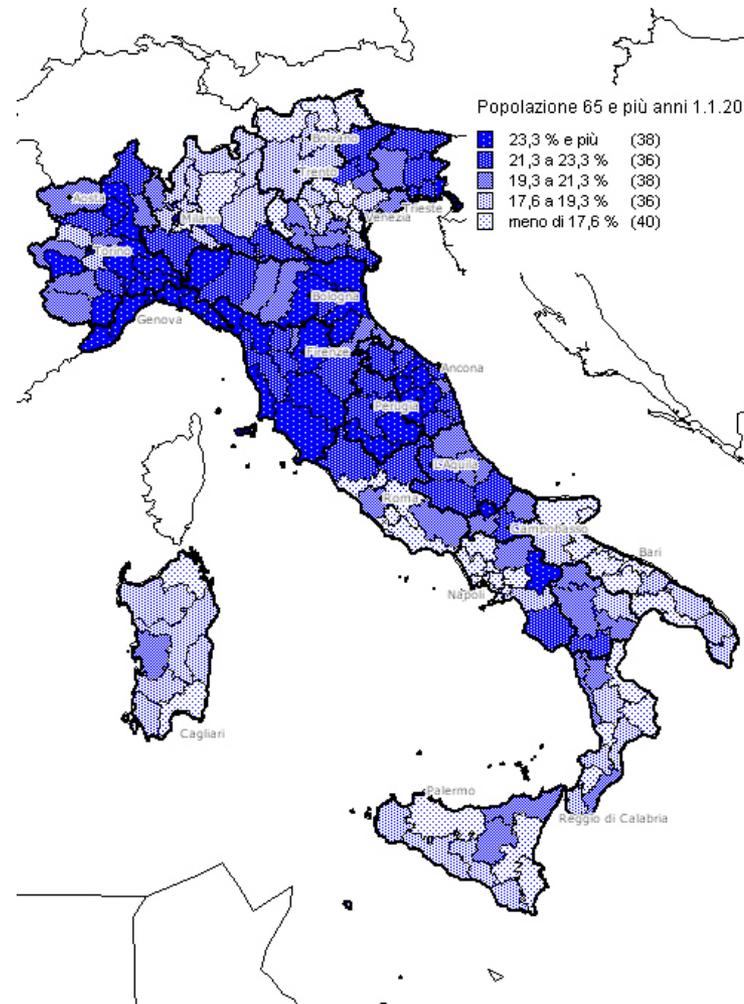


“...il timore di 21 *repubbliche* sanitarie è dietro l'angolo e tutti hanno coscienza del pericolo”

Il Sole 24 Ore. Sabato 22 novembre 2001

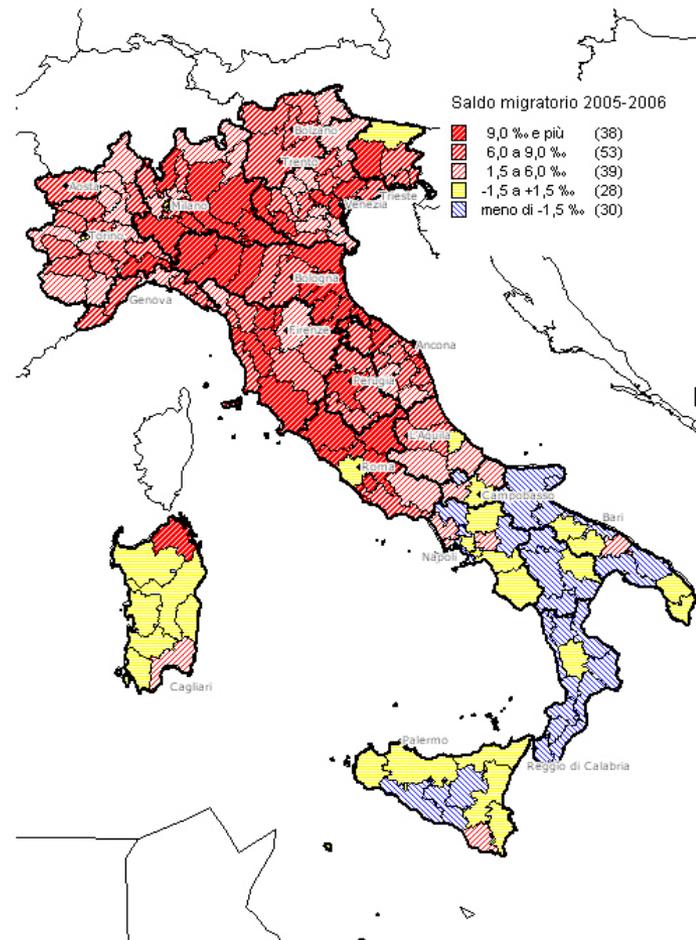
E IN ITALIA?

Quota di popolazione residente in età 65 e più anni, per ASL. 1° gennaio 2006 (Valori percentuali rispetto al totale dei residenti)



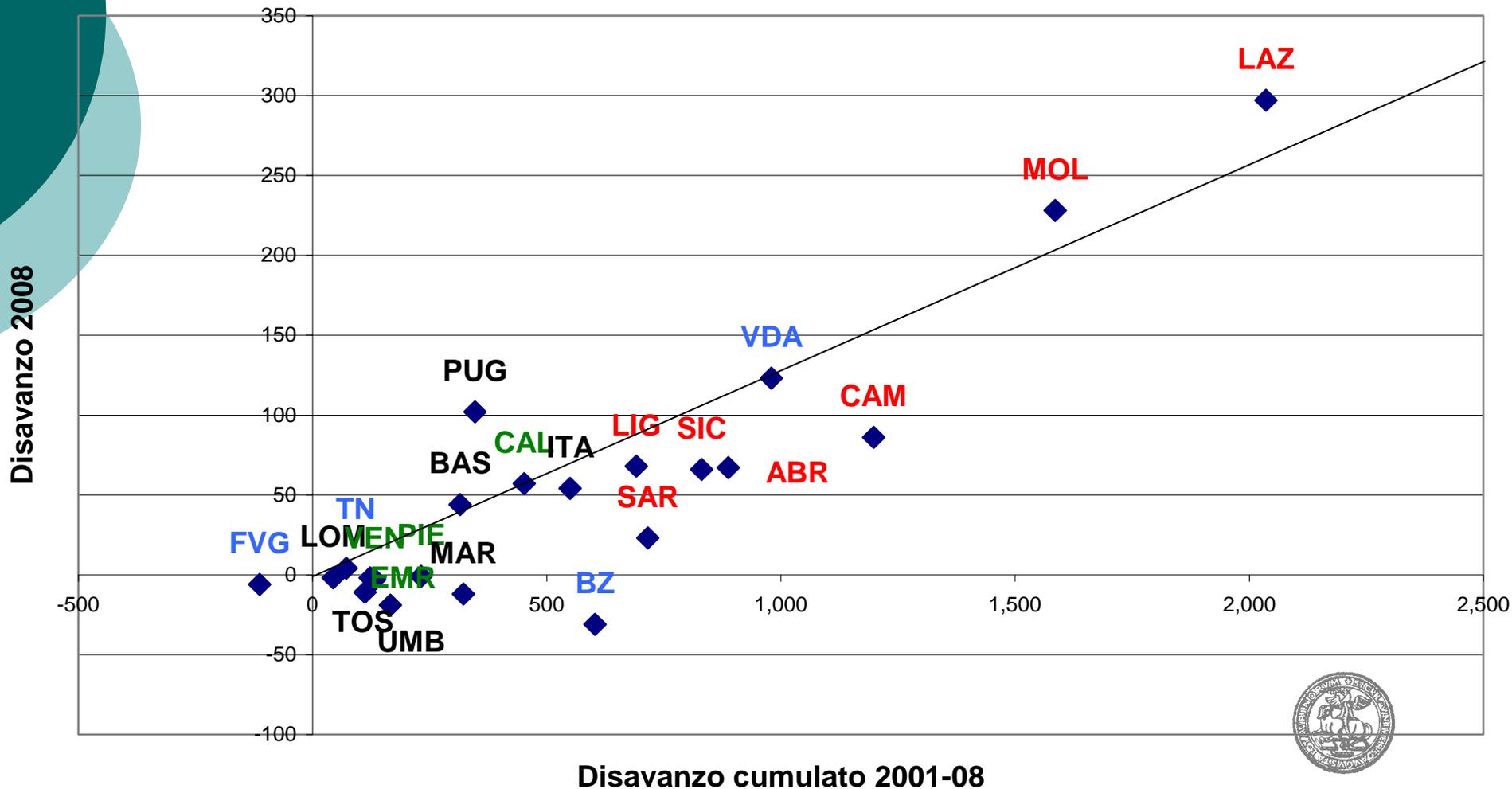
E IN ITALIA?

Saldo migratorio (iscritti – cancellati per cambiamento di residenza, comprensivo del saldo “per altri motivi”) medio annuo della popolazione residente, per ASL. Periodo 2005-2006. (Media dei valori annui, per 1.000 residenti in media in ciascun anno)



E IN ITALIA?

Disavanzi regionali procapite

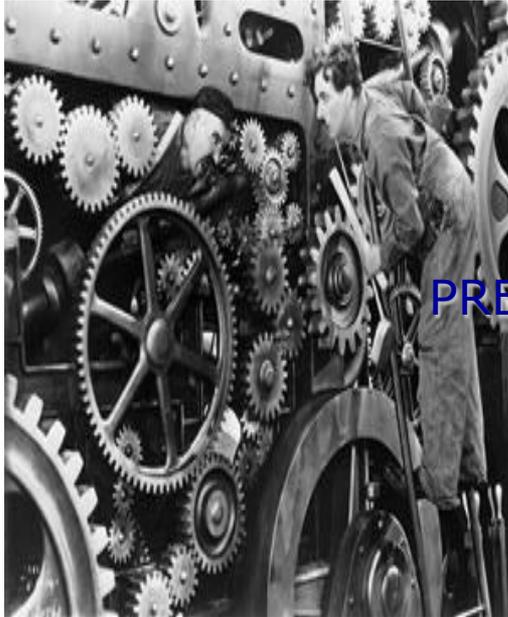


Fonte: Osservasalute 2009, Eugenio Anessi Pessina



E IN ITALIA?

PROGRAMMA ORGANIZZATO



PREVENZIONE INDIVIDUALE



ESPRESSIONE INDIVIDUALE



SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE 1978

TITOLO I

Il servizio sanitario nazionale Capo I Principi ed obiettivi I princìpi.

La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell'individuo e interesse della collettività mediante il **servizio sanitario nazionale**. La tutela della salute fisica e psichica deve avvenire nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana. **Il servizio sanitario nazionale è costituito dal complesso delle funzioni, delle strutture, dei servizi e delle attività destinati 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.**

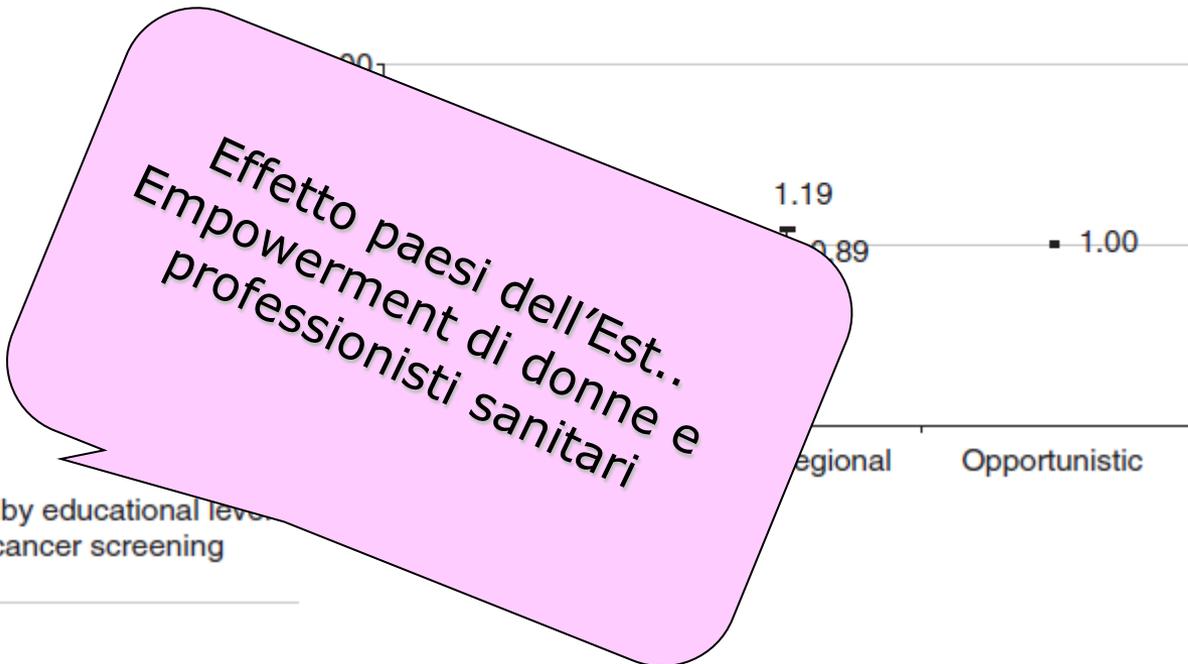




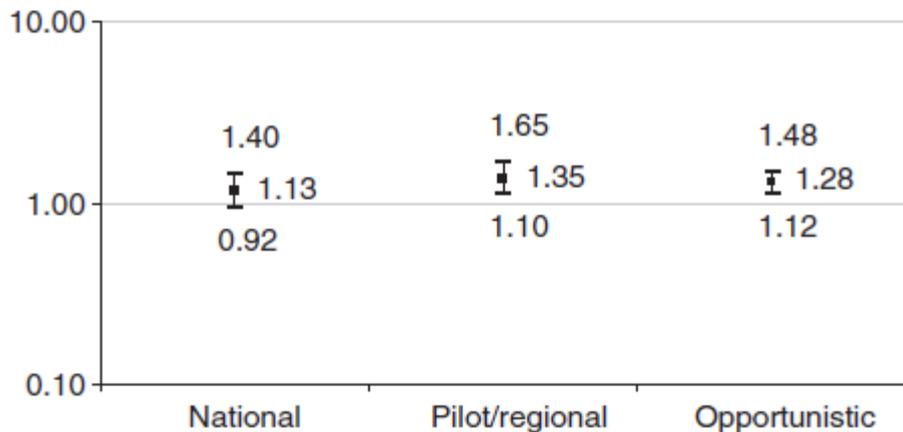
Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program

Laia Palència,^{1,2,3*} Albert Espelt,^{2,1} Maica Rodríguez-Sanz,^{2,1} Rosa Puigpinós,^{2,1} Mariona Pons-Vigués,^{1,2} M Isabel Pasarín,^{2,1,3} Teresa Spadea,⁴ Anton E Kunst⁵ and Carme Borrell^{2,1,3}

(a) Prevalence ratios and 95% CI of cervical cancer screening



(b) Relative index of inequality and 95% CI by educational level (highest compared with lowest) for cervical cancer screening

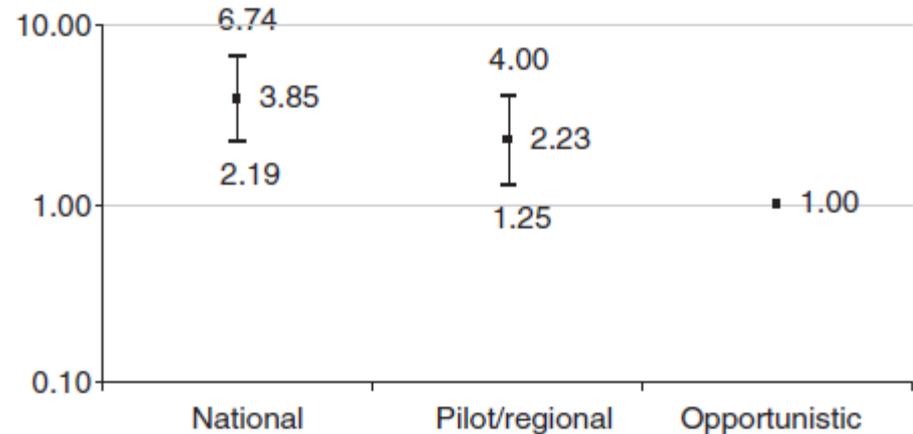




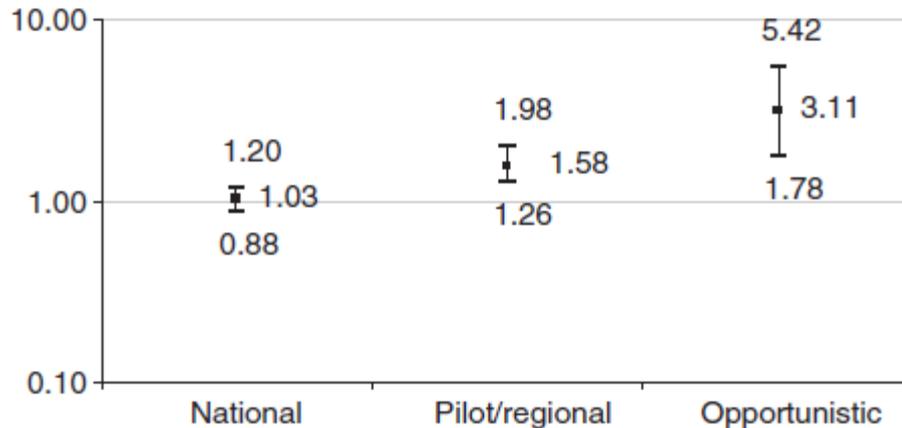
Socio-economic inequalities in breast and cervical cancer screening practices in Europe: influence of the type of screening program

Laia Palència,^{1,2,3*} Albert Espelt,^{2,1} Maica Rodríguez-Sanz,^{2,1} Rosa Puigpinós,^{2,1} Mariona Pons-Vigués,^{1,2} M Isabel Pasarin,^{2,1,3} Teresa Spadea,⁴ Anton E Kunst⁵ and Carme Borrell^{2,1,3}

(c) Prevalence ratios and 95% CI of breast cancer screening



(d) Relative index of inequality and 95% CI by educational level (highest compared with lowest) for breast cancer screening



21 Repubblicette... 1 Programma Nazionale

Valutare l'impatto delle
modalità organizzative
su indicatori di processo
e di risultato



Griglie di lettura



Lettura Regioni
pratica



ANALISI



Lettura
Regioni teorica



VARIABILI ORGANIZZATIVE

Programma attivo

Responsabilità del programma

Informazione e coinvolgimento della popolazione

Popolazione target

Modalità di reclutamento della popolazione

Ruolo del MMG

Numero e popolazione afferente ai centri di I e II livello

Piano di formazione ed aggiornamento periodico degli operatori

Presenza di personale dedicato specificatamente formato

Gestione dei non aderenti al I e II livello

Presenza di un centro di coordinamento regionale

PDTA dedicati

Sistema di controllo qualità

Sistema di valutazione

Sistema informativo comune

Counseling e supporto psicologico per II livello

Accreditamento programma

Valutazione dei punti critici

Stima del sovraccarico diagnostico e terapeutico

LG operative per la gestione del programma

Incentivazione economica

Aggiornamento periodico sullo stato di avanzamento del progetto e presentazione dei risultati



21 Repubblicette... 1 Programma Nazionale

Almeno 3 modalità di coordinamento

- Regioni
- ASL
- Regioni + ASL



Nessuna evidenza
significativa
rilevata rispetto
all'adesione corretta



21 Repubblicette... 1 Programma Nazionale

Almeno 3 modalità di reclutamento:

- Lettera con appuntamento prefissato
- Lettera senza appuntamento prefissato
- Telefonata



Appuntamento prefissato pare
maggiormente utile per
l'adesione corretta
(fanno eccezione i piccoli territori)



21 Repubblichette... 1 Programma Nazionale

Sistema di controllo qualità e valutazione:

- Solo controllo
- Controllo e valutazione
- Nessuno



I sistemi di controllo e valutazione
sono maggiormente associati
ad una adesione corretta



21 Repubblicette... 1 Programma Nazionale

Coinvolgimento MMG:

- Attivo e regolato
- Informativo-counseling
- Nessuno



Non sembrano esserci differenze
significative rispetto
ad una adesione corretta



21 Repubblicette... 1 Programma Nazionale

Chi gestisce:

- Dipartimento di Prevenzione
- Distretto
- Servizi/Dipartimento ad hoc



Non sembrano esserci differenze
significative rispetto
ad una adesione corretta



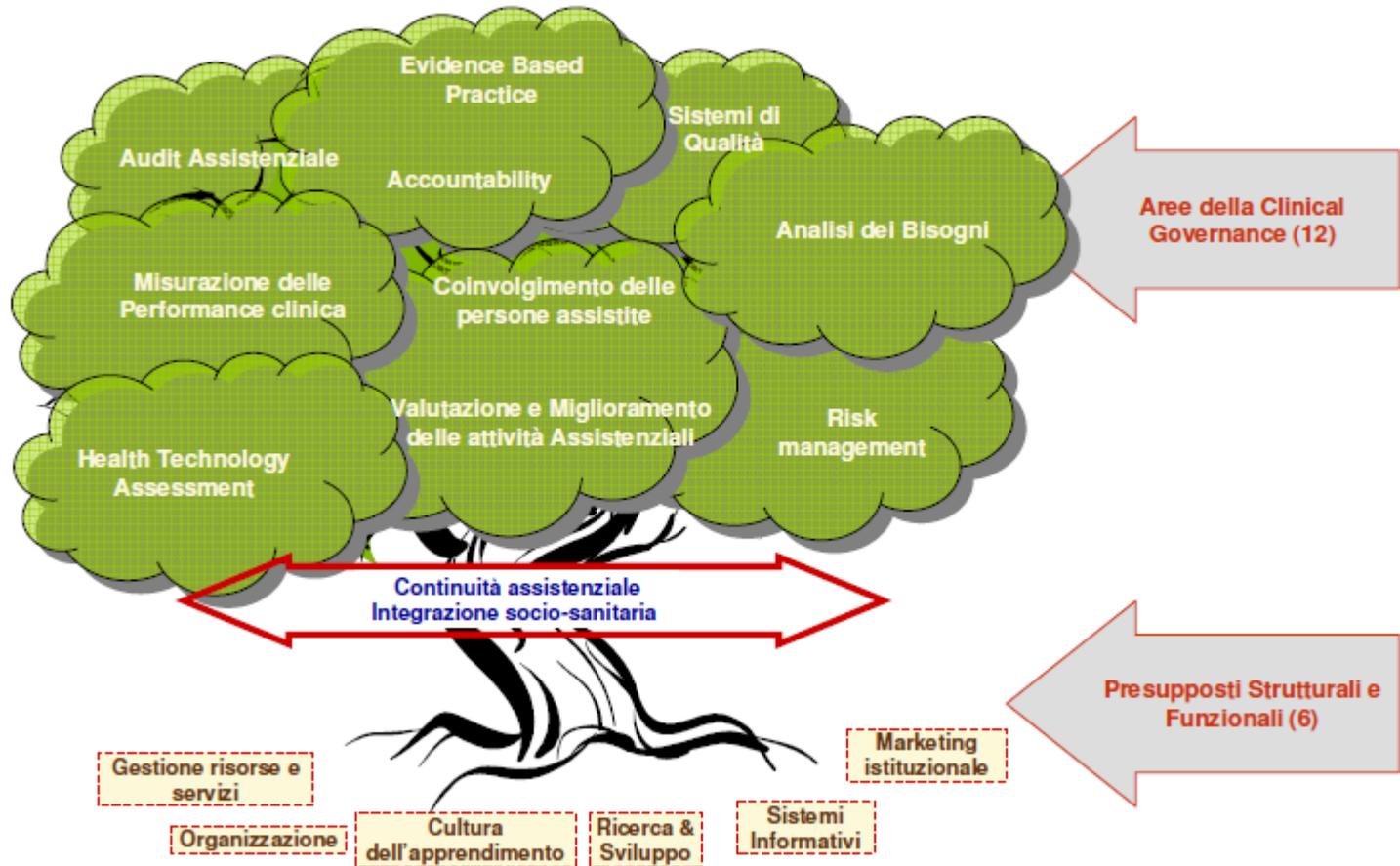
Il Governo Clinico anche nella prevenzione



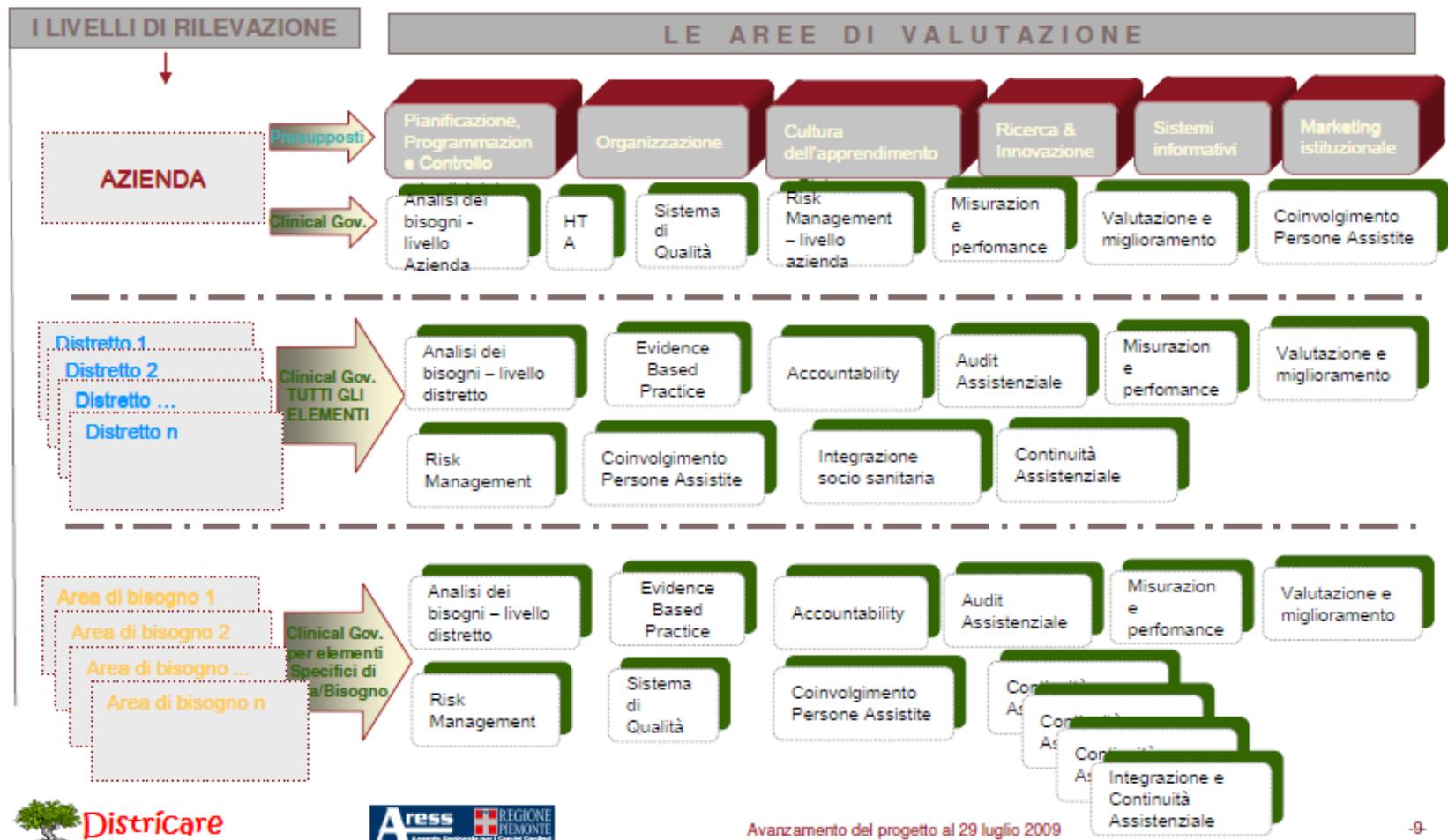
Clinical Governance nella Primary Care
SAL Luglio 2009



Le aree della clinical governance

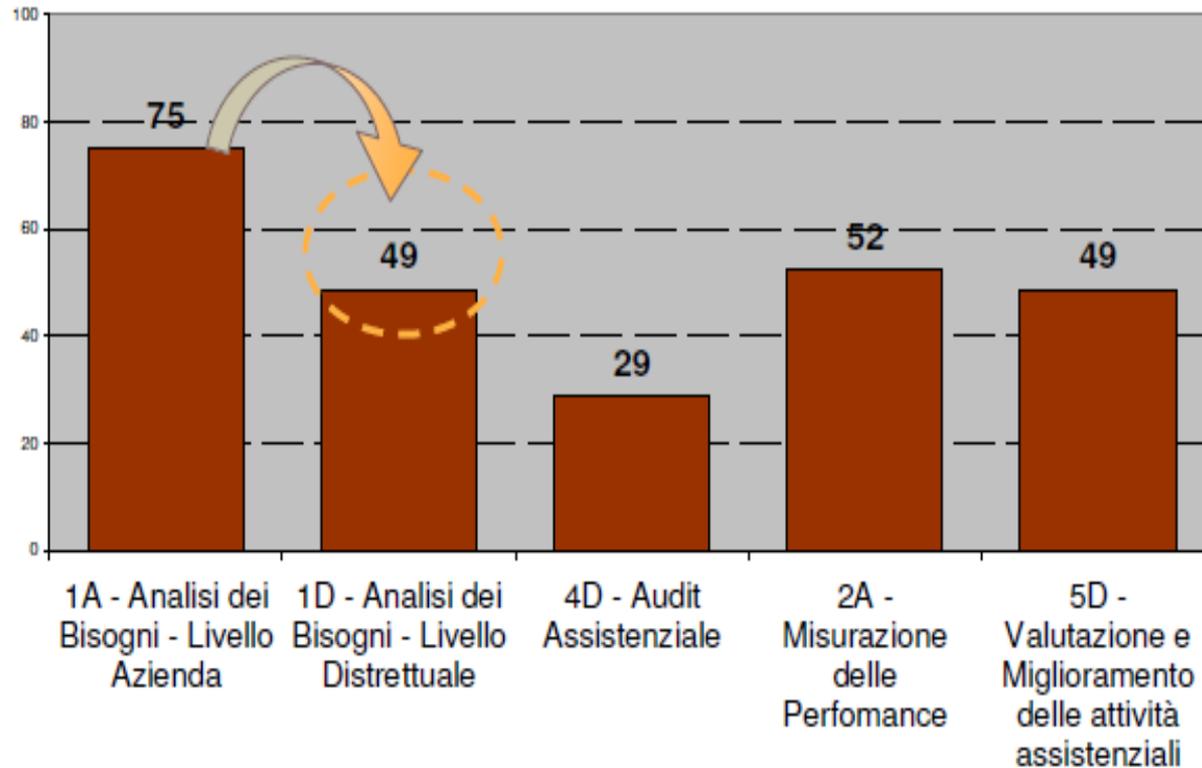


L'articolazione dell'analisi – i livelli



Avanzamento del progetto al 29 luglio 2009

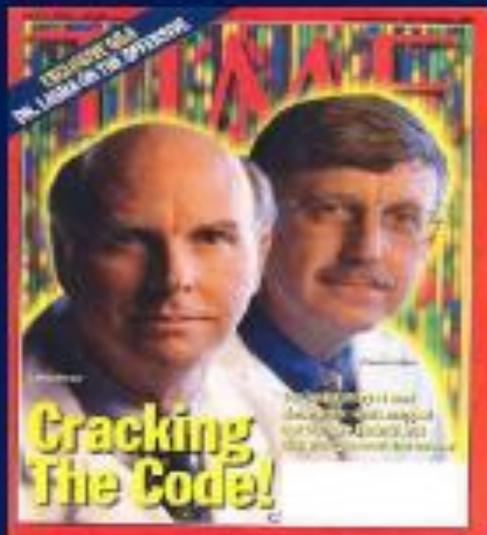
Interviste a livello azienda e aggregazione dei risultati dei Distretti (1/2)



Le sfide organizzative future



Impact of genomics in Public Health



The completion of the human genome project will allow for '*...the development of rational strategies for minimizing or preventing diseases...*' Collins. NEJM 1999

'I predict that comprehensive, genomics-based health care will become the norm with individualized preventive medicine and early detection of illness'

NIH: Zerhouni, J Investig Med 2006



Impact of genomics in Public Health- different points of view



The NEW ENGLAND
JOURNAL of MEDICINE

Will Genetics Revolutionize Medicine?

'...genetics will not revolutionise the way in which common disease are identified or prevented' ...mainly because the interplay between many genes and environmental factors in common complex disease aetiology '...casts doubt on whether accurate prediction will ever be possible' **Holtzman and Marteau. NEJM 2000**

Genetic Epidemiology 7

Genetic epidemiology and public health: hope, hype, and future prospects

George Davey Smith, Stephen Coxeter, Sarah Lewis, Anne L Haines, Lucy Patrick, Paul Kaurant

Lancet 2005; 366: 1484-98

"...for genome profiling to have a role in Public Health, the genetic tests for common diseases should be evaluated on the known screening criteria and on these criteria most of them now would fail because ... the identification would not lead to an effective treatment"

Genetic Risk Assessment and *BRCA* Mutation Testing for Breast and Ovarian Cancer Susceptibility

Release Date: September 2005

Summary of Recommendations

•The U.S. Preventive Services Task Force (USPSTF) [recommends against routine referral for genetic counseling or routine breast cancer susceptibility gene \(*BRCA*\) testing](#) for women whose family history is not associated with an increased risk for deleterious mutations in breast cancer susceptibility gene 1 (*BRCA1*) or breast cancer susceptibility gene 2 (*BRCA2*).

Rating: [D Recommendation](#)

•The USPSTF **recommends that women whose family history is associated with an increased risk for deleterious mutations in *BRCA1* or *BRCA2* genes be referred for genetic counseling and evaluation for *BRCA* testing.**

Rating: [B Recommendation](#).

Rationale: The USPSTF found fair evidence that women with certain specific family history patterns (increased-risk family history) have an increased risk for developing breast or ovarian cancer associated with *BRCA1* or *BRCA2* mutations. The USPSTF determined that these women would benefit from genetic counseling that allows informed decision making about testing and further prophylactic treatment. This counseling should be done by suitably trained health care providers. There is insufficient evidence to determine the benefits of chemoprevention or intensive screening in improving health outcomes in these women if they test positive for deleterious *BRCA1* or *BRCA2* mutations. However, there is fair evidence that prophylactic surgery for these women significantly decreases breast and ovarian cancer incidence. Thus, the potential benefits of referral and discussion of testing and prophylactic treatment for these women may be substantial.

The USPSTF also found insufficient evidence regarding important adverse ethical, legal, and social consequences that could result from referral and testing of high-risk women. Prophylactic surgery is associated with known harms. The USPSTF estimated that the magnitude of these potential harms is small. **The USPSTF concluded that the benefits of referring women with an increased-risk family history to suitably trained health care providers outweigh the harms.**

Conclusioni

- I programmi di screening dimostrano 'in toto' una maggior efficacia e minor rischio di disequilibrio
- Popolazioni cambiano..continua valutazione e controllo anche a livello micro...
- ...costi e pianificazione dei bisogni
- Prevedere organizzazione e costi per il futuro
- Gestisce chi è in grado di farlo bene sul territorio..indipendentemente dal ruolo 'istituzionale'
- Integrazione ... molti attori.. Ognuno chiamato nelle proprie competenze...

