

 Regione Emilia-Romagna



ALMA MATER STUDIORUM
UNIVERSITÀ DI BOLOGNA
Cattedra di Medicina e Storia Pubblica



Fondazione Smith Kline

CONVEGNO

Salute e Sanità Pubblica

Storia - Ricerca - Comunicazione

L'evoluzione e il governo della Sanità Pubblica in Emilia-Romagna

Pierluigi Macini

SIItI Emilia-Romagna

Indice della relazione

- 1. Linee principali del percorso sviluppato in Emilia-Romagna negli ultimi 10 anni**
- 2. Lo scenario: la nuova sanità pubblica, le malattie croniche e i programmi di promozione della salute**
- 3. Tre specifici terreni di lavoro:**
 - a. i Piani per la salute**
 - b. I Piani regionali della Prevenzione**
 - c. Le emergenze di sanità pubblica**

***DGR n. 2011 del 20 dicembre 2007:
“Indirizzi per l’organizzazione dei
Dipartimenti di sanità pubblica”***



***Piano Sanitario Regionale 1999-2001
DGR 321/2000: linee guida per i Piani per la Salute
L.R. n. 29 del 23 dicembre 2004***

Il Piano sanitario regionale 1999-2001

Obiettivi di salute e intersettorialità

Approvato nel settembre 1999; viene elaborato dopo il piano sanitario nazionale 1998-2000, nel periodo in cui prende vita il D.Lgs 229/1999, e ne sviluppa i contenuti, adeguandoli alle scelte di politica regionale e alle peculiarità della regione, in ordine alle caratteristiche della popolazione e allo stato dei servizi, nonché alle loro tendenze evolutive.

Il Psr nasce in un contesto di regionalizzazione del governo della sanità e di aziendalizzazione del servizio sanitario, e supera la logica della programmazione basata sulla produzione e la distribuzione dei servizi per concentrarsi sugli obiettivi di salute e sulle strategie di cambiamento nell'organizzazione e nel funzionamento dei servizi sanitari.

elaborazione di politiche per la salute, con l'obiettivo esplicito di affrontare i suoi determinanti più ampi attraverso programmi estesi oltre il campo di intervento dei servizi sanitari e con uno stretto raccordo fra programmazione sanitaria e programmazione territoriale,

organizzazione del sistema dei servizi sanitari secondo reti integrate che si fondano sul principio della collaborazione fra i servizi e fra le aziende sanitarie.

Nuovo ruolo dei servizi di prevenzione delle Aziende Unità sanitarie locali, basato su un approccio multisettoriale e integrato ai problemi della salute e ai suoi determinanti, sul riconoscimento di un ruolo forte degli enti locali e delle comunità nella modificazione dei fattori sociali, economici e ambientali sfavorevoli alla salute e sul contrasto alle disuguaglianze nei confronti della salute.

Quindi i Dipartimenti di Sanità Pubblica affiancano alle attività tradizionali di prevenzione nuove azioni, inquadrare nel concetto promosso dall'OMS, secondo cui la sanità pubblica è l'insieme degli sforzi organizzati della società per sviluppare politiche per la salute pubblica, la prevenzione delle malattie, la promozione della salute e per favorire l'equità sociale nell'ambito di uno sviluppo sostenibile.

***Autorevolezza professionale e
scientifica***

Collegamento con la comunità

L'autorevolezza professionale e scientifica

- 1. L'appropriatezza organizzativa e clinica**
- 2. La valutazione di efficacia**
- 3. La definizione delle priorità: il ruolo dell'epidemiologia**

Il collegamento con la comunità

1. La comunicazione

a. con i cittadini

b. nei percorsi preventivo-assistenziali (counselling)

2. La presa in carico nei percorsi preventivo-assistenziali

3. L'offerta attiva di programmi di prevenzione, attraverso l'integrazione con l'assistenza primaria in occasione della sua riorganizzazione (Case della salute)

4. La selezione delle priorità: ruolo delle comunità, Conferenze sociali e sanitarie, Distretti, ...

L'evoluzione della Sanità Pubblica

□ Applicare la norma

- ✓ esiste un rapporto lineare fra problema di salute, intervento adeguato, norma che lo prevede. Gli ambiti principali sono la sicurezza degli alimenti e la salubrità e sicurezza degli ambienti di vita e di lavoro.

□ Conoscere la realtà, valutare lo stato di salute della popolazione e i fattori di rischio, individuare gli interventi più appropriati, promuoverne l'adozione, valutarne i risultati

- ✓ Ho valutato correttamente i problemi prioritari di salute della popolazione?
- ✓ L'azione che promuovo è efficace?
- ✓ A parità di efficacia, è quella che comporta il minor rischio o disagio per la popolazione (singoli o gruppi)?
- ✓ La modalità di erogazione delle prestazioni è quella più opportuna?
- ✓ Ha sortito i risultati attesi in termini di salute per la popolazione?

"Nuova" sanità pubblica

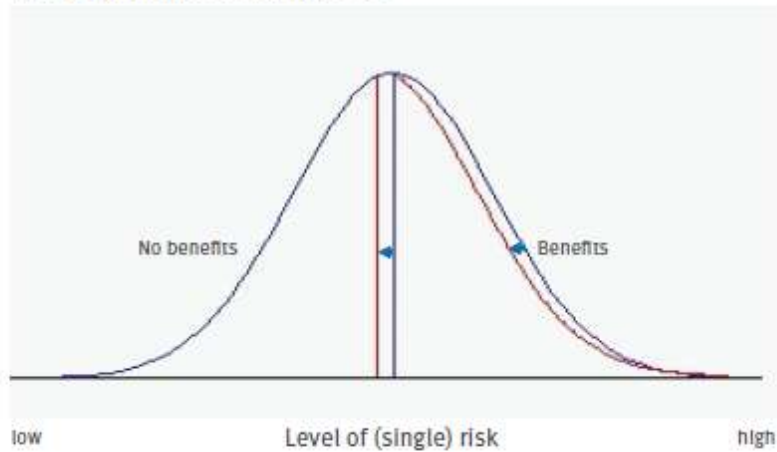
- *Ridefinizione della "visione" dei Dipartimenti di prevenzione (o di Sanità Pubblica)*
 - *attenzione a tutti i determinanti di salute;*
 - *selezione delle priorità (diffusione, gravità, risolvibilità, percezione);*
 - *ricerca continua dell'appropriatezza e della qualità delle risposte, e valutazione di efficacia;*
 - ***alleanze ed integrazione*** (la visione di sanità pubblica nei programmi di prevenzione e nei percorsi di presa in carico e assistenziali).

- ❑ *La sanità pubblica opera per **programmi***
- ❑ *i programmi si rivolgono a gruppi (più o meno ampi) di popolazione*
- ❑ *esiste una variabilità di risposta legata alla disuguale distribuzione delle risorse sociali, culturali ed economiche*
- ❑ *il programma di sanità pubblica deve dunque contenere azioni per contrastare il fenomeno della risposta disuguale ed elementi di valutazione dei risultati*

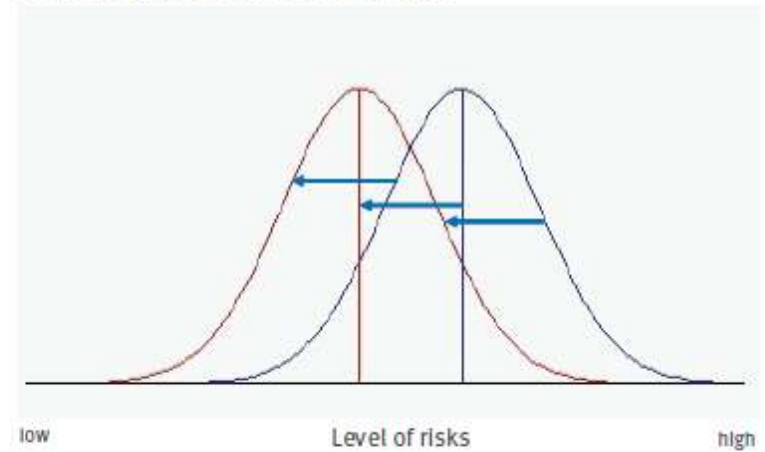
FIGURE

A-D. Hypothetical distribution of infectious diseases risk in a population and impact of selected interventions*

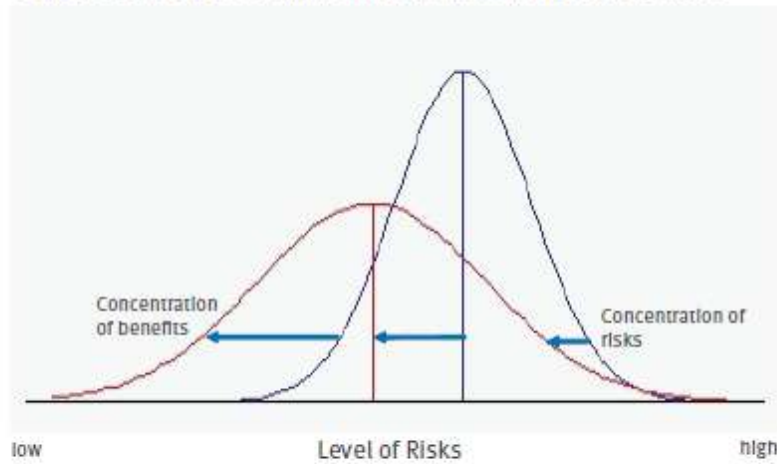
A. The population-at-risk approach



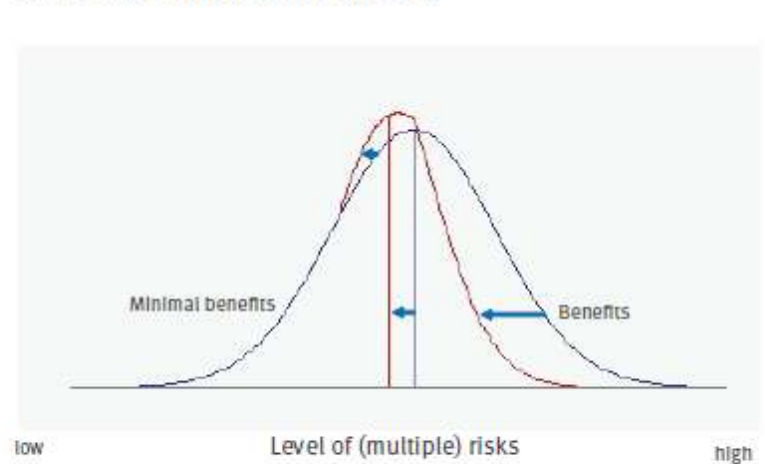
B. The ideal population-based approach



C. The population-based approach with unintended consequences



D. The vulnerable population approach



■ Before intervention

■ After Intervention

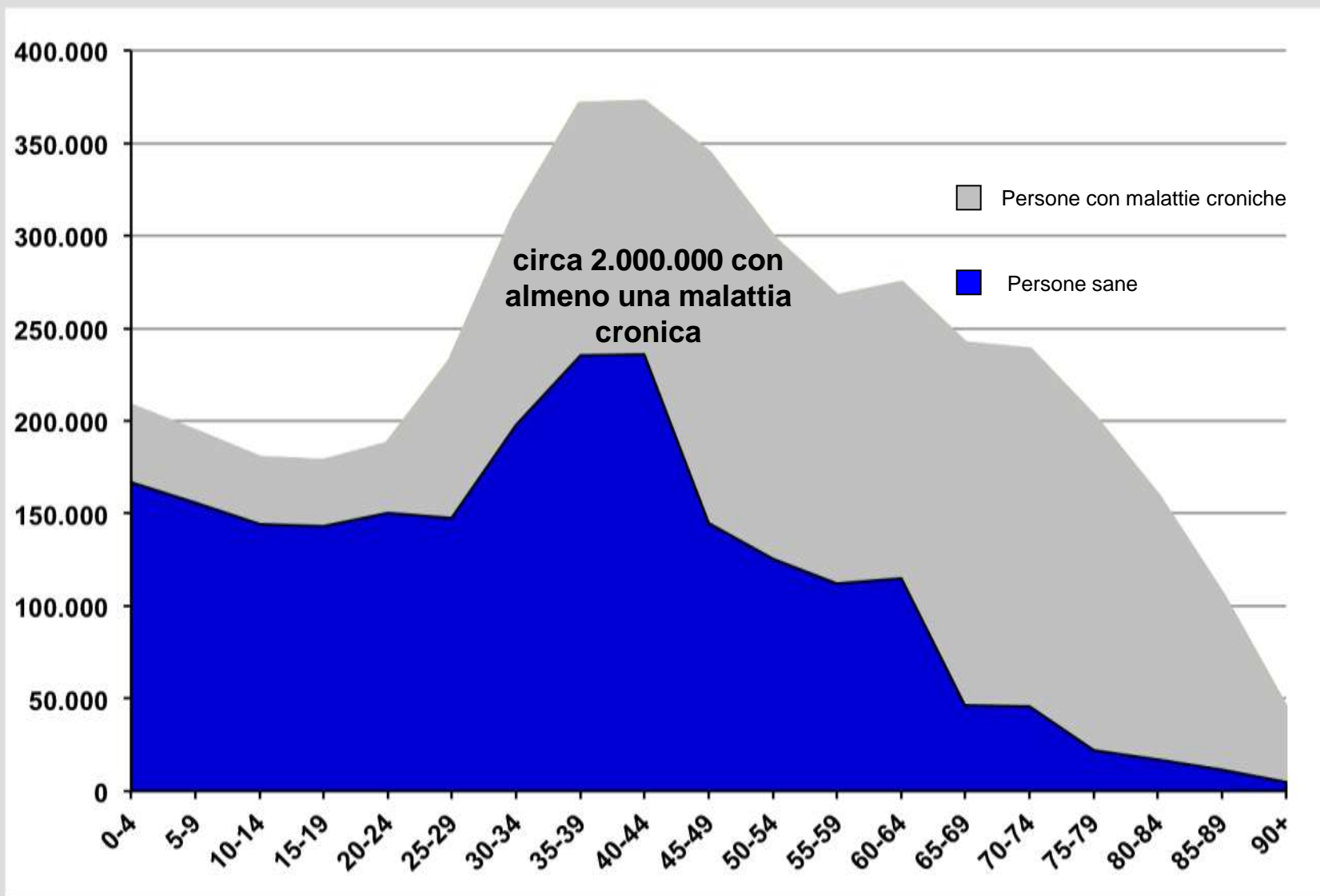
← Mean effect

y-axis: population.

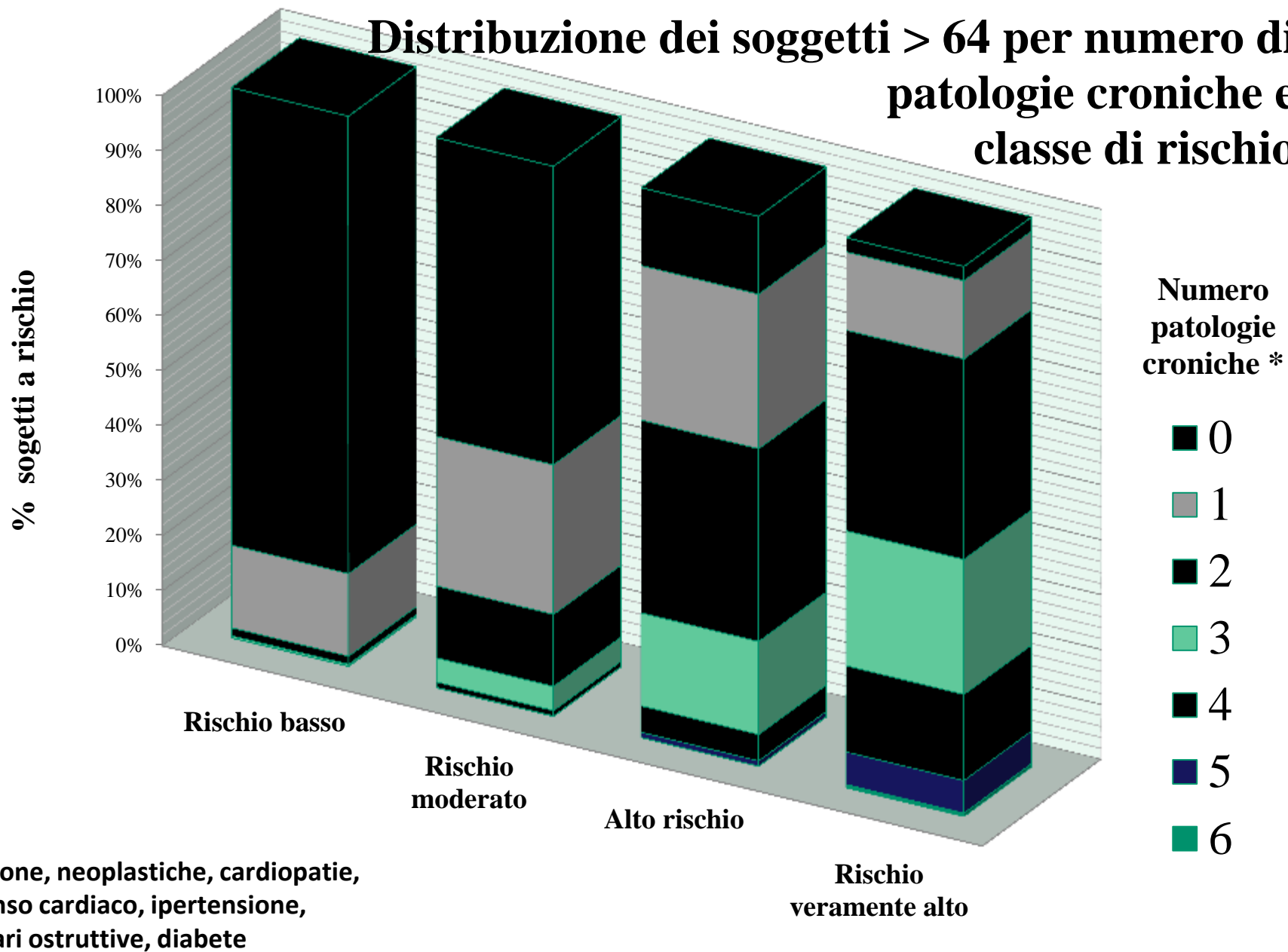
La sanità pubblica e le malattie croniche

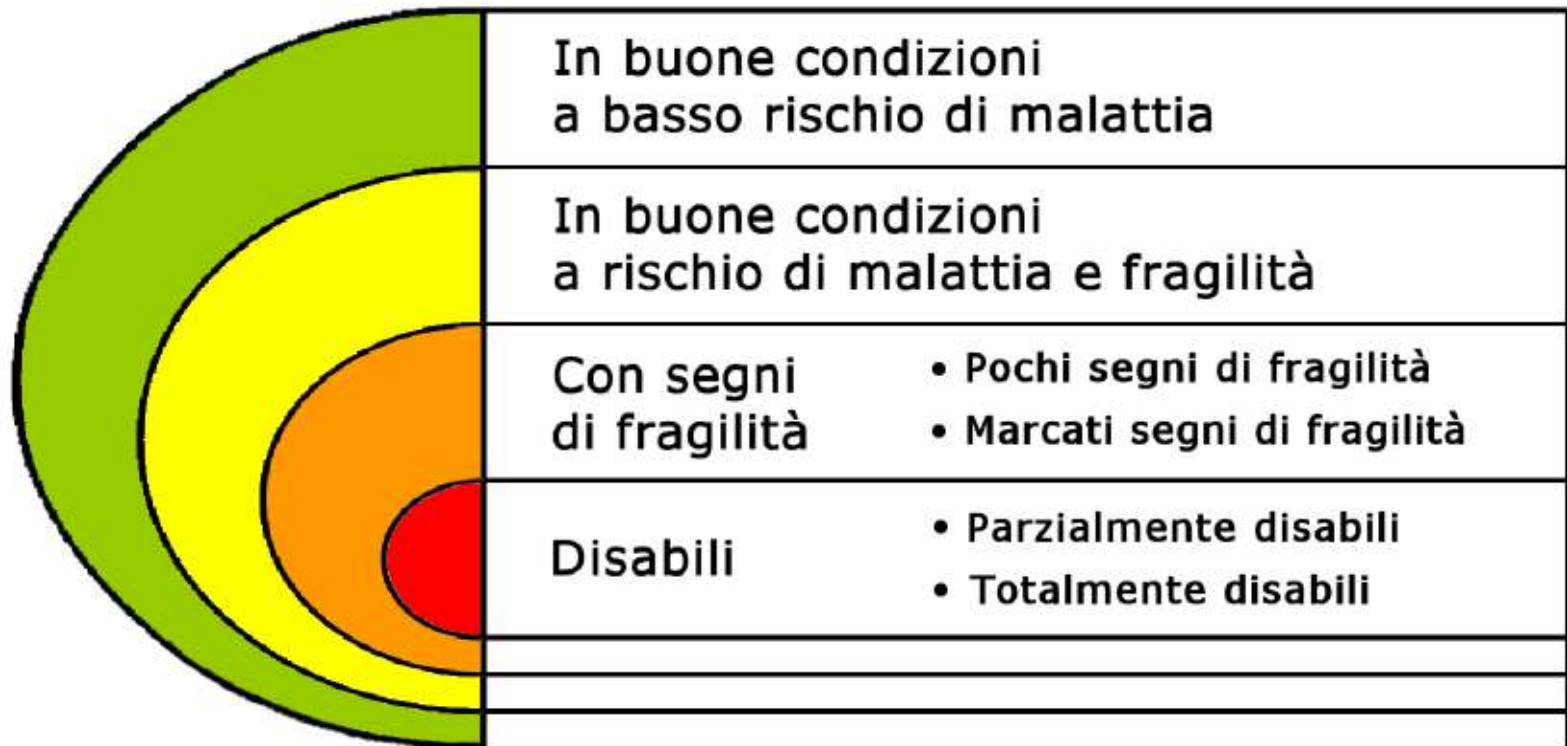
Malattie croniche prevalenti in Emilia-Romagna

Persone affette da almeno una malattia cronica grave per età



Distribuzione dei soggetti > 64 per numero di patologie croniche e classe di rischio





Costruire specifici percorsi di promozione della salute e di prevenzione per specifici gruppi con bisogni e livelli di rischio omogenei, per ritardare la fragilità o la non autosufficienza

Le strategie di intervento

(A) - ***Strategia di popolazione***

target - popolazione generale

piccola riduzione di rischio in molti individui

(B) - ***Strategia dell'alto rischio***

target - individuo ad alto rischio

forte riduzione di rischio su pochi individui

(C) - ***Prevenzione delle complicanze e recidive***

target – anziano fragile/con patologie
croniche/disabile

Il beneficio complessivo per la popolazione può essere molto maggiore se cerchiamo di ridurre di poco il livello di esposizione di molti, piuttosto che agire esclusivamente sulla minoranza di soggetti che presenta valori estremi

G. Rose: Le strategie della medicina preventiva. 1997

Caratteristiche dei programmi di promozione della salute

- 1. Collegamento con le istituzioni e con i valori sociali di riferimento della comunità in cui si opera***
- 2. Programmi multisetoriali e multiprofessionali***

Programmi di promozione della salute

componenti del programma

- favorire cambiamenti dei determinanti ambientali e sociali (la salute in tutte le politiche)*
- sostenere comportamenti positivi per la salute (empowerment)*
- migliorare il contributo del sistema sanitario (ruolo dei clinici e integrazione professionale)*

“I residenti in quartieri con molto verde, rispetto ai residenti in quartieri degradati, hanno probabilità di eseguire una significativa attività fisica tre volte più alta e hanno probabilità di essere sovrappeso o obesi del 40 % in meno.”

“Al contrario, i residenti in quartieri altamente degradati, rispetto ai residenti in quartieri con molto verde, hanno probabilità di avere una una significativa attività fisica del 50 % in meno e probabilità di essere sovrappeso o obesi del 50 % in più.”

Graffiti, greenery, and obesity in adults: secondary analysis of European cross sectional survey

A. Ellaway, S. Macintyre and X. Bonnefoy

BMJ 2005;331;611-612

Si stima che l'inattività fisica causi:

21–25% del carico di malattia attribuibile ai tumori del colon del seno
27% del carico di malattia attribuibile al diabete
30% del carico di malattia attribuibile alle malattie ischemiche cardiache

Ordine di grandezza dei benefici ottenibili attraverso il raggiungimento dei livelli minimi di attività fisica raccomandata:



Physical Activity Guidelines Advisory Committee. Physical Activity Guidelines Advisory Committee Report, 2008. Washington, DC: U.S. Department of Health and Human Services, 2008.

- **Riduzione del rischio per:**
 - **20-30% per mortalità e morbilità associate alle malattie delle coronarie e cardiovascolari**
 - **Rischio tumorale:**
 - 30% per il tumore del colon
 - 20% - 40% per il tumore del seno
 - 20% per il tumore del polmone
 - 30% per il tumore dell'endometrio
 - 20% per il tumore delle ovaie
 - **30% per l'insorgenza di limitazioni funzionali**
 - **30% per mortalità generale prematura**



RIMONDI
CHILDE
500%
RIMONDI
CHILDE
RIMONDI
CHILDE

La "nuova" sanità pubblica

Accentua la tensione fra obiettivi generali e diritti individuali:

- 1. assume come specifico oggetto di intervento la modifica dei comportamenti individuali e collettivi, che costituiscono i determinanti principali delle nuove condizioni che dominano l'epidemiologia contemporanea (la cd. "transazione epidemiologica");*
- 2. I suoi interventi sono caratterizzati da benefici scarsamente apprezzabili a livello individuale ed apparenti principalmente a livello di popolazione.*

Questo rende i programmi di sanità pubblica più invasivi dell'autonomia personale, in quanto si concentrano su stili di vita determinati dalle preferenze individuali, e meno giustificabili le limitazioni imposte ai diritti individuali in base ai benefici recati al singolo individuo.

Dimensione etica:

1. Per tutelare la salute dei cittadini divengono a volte necessari **interventi “intrusivi” e apparentemente lesivi dell’autonomia individuale:** equilibrio fra due principi in contrapposizione fra di loro, diritti individuali e tutela della salute collettiva;
2. La risposta che le singole società offrono a tali conflitti riflette i loro propri **valori, filosofia di vita, contesto storico e culturale** che le vedono porsi su posizioni a volte molto distanti rispetto a principi come individualismo e solidarismo, competizione e collaborazione, reti di protezione sociale e mercato;
3. Difficile equilibrio fra i **valori individualistici dell’empowerment e della autodeterminazione dei soggetti** (propri della bioetica classica derivante dall’analisi della medicina clinica) e **quelli della etica comunitaria che impone limiti alle scelte individuali in nome del benessere collettivo** (più aderente alla dimensione collettiva della sanità pubblica) .

Circulation

JOURNAL OF THE AMERICAN HEART ASSOCIATION



Effect of the Italian Smoking Ban on Population Rates of Acute Coronary Events

Giulia Cesaroni, Francesco Forastiere, Nera Agabiti, Pasquale Valente, Piergiorgio Zuccaro and Carlo A. Perucci

Circulation 2008;117:1183-1188; originally published online Feb 11, 2008;

DOI: 10.1161/CIRCULATIONAHA.107.729889

Circulation is published by the American Heart Association, 7272 Greenville Avenue, Dallas, TX 75214

Copyright © 2008 American Heart Association. All rights reserved. Print ISSN: 0009-7322. Online ISSN: 1524-4539

The online version of this article, along with updated information and services, is located on the World Wide Web at:

<http://circ.ahajournals.org/cgi/content/full/117/9/1183>

Discussion

After smoking was banned in all public places in Italy, we observed in the population of Rome fewer acute coronary events (11.2% fewer in the 35- to 64-year-old population and 7.9% fewer in 65- to 74-year-olds) than in previous years. No evidence was found of a reduction in coronary episodes in people >74 years of age. Men in the youngest population and young people living in low socioeconomic census blocks appeared to have the greatest reduction after the smoking ban. The effects seen were robust in several additional adjusted analyses.

© 2005 Blackwell Publishing Ltd *Journal of Internal Medicine* 258: 205–212

I “Piani per la salute”

«**Piano poliennale di azione elaborato e realizzato da una pluralità di attori**, coordinati dal governo locale, che impegnano risorse umane e materiali **allo scopo di migliorare la salute della popolazione** anche attraverso il miglioramento dell’assistenza sanitaria. »

«Così si intende realizzare l’approccio della cosiddetta “nuova” sanità pubblica, combinando **strategie di promozione della salute, di prevenzione della malattia e della disabilità e di miglioramento dell’efficacia, efficienza ed equità dei servizi**. Il tutto in uno scenario di **cooperazione intersettoriale** che opera su quella combinazione di fattori, il più spesso non strettamente legati al settore sanitario, che conducono al maggior guadagno di salute in una popolazione.»

Piano nazionale della Prevenzione 2005-2007

- Scelta strategica di investire nell'area della prevenzione, in particolare sulle malattie croniche, per raggiungere maggiori risultati di salute
- Governance partecipata (Ministero, CCM, Regioni)
- Subordinare la programmazione alle conoscenze disponibili

Piano nazionale della Prevenzione 2010-2012

- Visione d'insieme delle attività di promozione della salute e di prevenzione
- Metodo
 - approccio sistematico alla individuazione delle informazioni su cui basare la definizione degli obiettivi e delle priorità – *burden of disease* – (*sistemi di sorveglianza e utilizzo dei dati di attività*)
 - attività fondate sui criteri della *evidence-based-prevention*
 - valutazione di risultato
- Sviluppo del modello di governance
 - ISS – CNESPS, supporto alla progettazione e valutazione dei documenti di piano regionali
 - Ministero Salute, coordinamento del Piano e sostegno alle Regioni/PPAA - *stewardship*

Il percorso di progettazione del Piano Regionale Prevenzione

Principi ispiratori:
integrazione,
partecipazione ed equità,
forte raccordo con
strumenti di
programmazione regionale

Lettura dei determinanti della salute e delle interrelazioni con altri settori nel
Profilo di salute

Identificazione **priorità**
di intervento

Sviluppo progettualità e programmazione delle azioni nel
piano operativo

Piano regionale della Prevenzione 2010-2012 della Regione Emilia-Romagna

1 . Il quadro strategico

1.1 Principi ispiratori e valori di riferimento: il welfare di comunità e la salute in tutte le politiche

1.1.a Integrazione, partecipazione ed equità

1.1.b il focus sulle disuguaglianze

1.2 Il profilo di salute della Regione

1.3 La programmazione regionale

1.4 Le scelte di priorità e l'efficacia in Sanità Pubblica

1.4.a I risultati del Piano regionale della Prevenzione 2005-2009

1.4.b Le priorità: percorsi, contenuti e metodologie

Piano regionale della Prevenzione 2010-2012

Macroaree e linee di intervento generali

1. Prevenzione universale: programmi finalizzati ad affrontare rischi diffusi nella popolazione generale attraverso:

- a) l'introduzione di politiche favorevoli alla salute o interventi di tipo regolatorio,
 - b) programmi di promozione della salute o di sanità pubblica,
 - c) interventi rivolti agli ambienti di vita e di lavoro
- programmi per promuovere stili di vita favorevoli alla salute
 - promozione dell'attività fisica
 - promozione di corrette abitudini alimentari
 - prevenzione del tabagismo
 - prevenzione dell'abuso di alcool
 - programmi di controllo delle malattie trasmissibili
 - rischi per la salute correlate all'ambiente
 - la vigilanza e il controllo dei rischi presenti in ambiente di vita e di lavoro
 - sicurezza domestica e stradale
 - le emergenze di sanità pubblica

2. Programmi di prevenzione rivolti a gruppi di popolazione a rischio, finalizzati a:

- a) impedire l'insorgenza di malattie**
- b) diagnosticare precocemente altre malattie**
- c) introdurre nella pratica clinica percorsi di presa in carico (counselling, diagnosi precoce, trattamento clinico)**
 - alcuni programmi di vaccinazione**
 - programmi di screening oncologici**
 - programmi per la prevenzione delle malattie croniche (malattie cardiovascolari, diabete, obesità)**

2.5 La prevenzione su gruppi selezionati di popolazione

- a. I programmi di screening oncologici
- b. I programmi per la prevenzione delle malattie croniche
 - i. La prescrizione dell'attività fisica
 - ii. La prevenzione dell'obesità
 - iii. La prevenzione delle malattie cardiovascolari
 - iv. La prevenzione delle complicanze del diabete
- c. La tutela della madre e del bambino
 - ii. Il percorso nascita
 - iii. Gli screening neonatali (malattie neurometaboliche e ipoacusia)
- d. La promozione del benessere e la prevenzione del disagio nell'adolescenza
 - i. Promozione del benessere in adolescenza, compresa la prevenzione dei Disturbi del Comportamento Alimentare
 - ii. Prevenzione del malessere psicologico-sociale negli adolescenti adottati e prevenzione dei fallimenti adottivi

2.6 La prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia

- a. Sorveglianza e prevenzione della fragilità nell'anziano
 - i. Sviluppo di sistemi di sorveglianza sulla fragilità
 - ii. Contrasto all'isolamento dell'anziano con particolare riferimento alla costruzione di reti sociali di sostegno e di vicinato.
 - iii. Prevenzione delle (ri)cadute nell'anziano fragile nelle struttura residenziale e semiresidenziale e a domicilio

3. Prevenzione delle complicanze e delle recidive di malattia: prevenzione nella disabilità

- a) medicina della complessità e relativi percorsi di presa in carico***
- b) prevenzione e sorveglianza della fragilità, della disabilità e della non autosufficienza***

4. Medicina predittiva

- a) valutazione del rischio individuale di malattia***

Medicina predittiva

..quell'approccio che – prima e/o dopo la nascita – tende a scoprire e a valutare in termini probabilistici fattori che, per una specifica persona e in un dato contesto, possono favorire l'insorgenza di una malattia

la medicina predittiva permette di determinare il profilo di rischio di ciascuna persona, di monitorarne l'evoluzione e di realizzare appropriati interventi preventivi oltre che di selezionare la terapia, la dose e il tempo di trattamento migliori. La medicina predittiva quindi si pone come medicina dell'individualità, ma per essere tale richiede un processo di crescita delle conoscenze e di profonda innovazione nei modelli culturali medici.

Regole:

1. problema di salute rilevante
2. Test adeguato, sostenibile e praticabile su scala adeguata
3. Soluzione possibile, sostenibile sul piano economico e organizzativo (dati per scontati i problemi sociali ed etici)

Le emergenze di sanità pubblica

Cos'è un'emergenza di sanità pubblica?

Un evento impattante sulla salute di una comunità e significativa sul piano dell'opinione pubblica, che insorge e si sviluppa in tempi relativamente brevi, e che richiede la messa in atto di una risposta “straordinaria” in termini di rapidità e complessità

Le emergenze di sanità pubblica degli ultimi anni

- ***2001-2002: Bioterrorismo***
- ***2003: SARS (Sindrome Acuta Respiratoria Severa)***
- ***2004: Ondate di calore***
- ***2006: Influenza aviaria***
- ***2007: Epidemia di Chikungunya***
- ***2008: West Nile Disease (WND)***
- ***2009: Pandemia influenzale***
- ***2011: Emergenza umanitaria nord Africa***
- ***2012: Siccità e terremoto***

Le emergenze di sanità pubblica

Rappresentano un “caso di scuola” importante per la sanità pubblica

- contenuti tecnici e organizzativi rilevanti***
- permettono una valutazione critica di elementi fondamentali dei programmi di sanità pubblica***

***stima degli scenari (eventi attesi)
con possibile sovrastima o
sottostima***

***• rapporti con la comunità. Il
processo di decision making:
empowerment vs scelte
istituzionali***

***• Tecnica ed etica della sanità
pubblica***

• comunicazione